

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERCURSOS INTERROMPIDOS:
A INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ E A
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NUMA GRAVIDEZ
POSTERIOR**

Inês dos Reis Loureiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERCURSOS INTERROMPIDOS:
A INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ E A
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NUMA GRAVIDEZ
POSTERIOR**

Inês dos Reis Loureiro

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Justo, por me ter guiado por todo este processo de forma tão calma e paciente. Por sempre ter ouvido as minhas ideias e me ter ajudado a dar-lhes forma. Sem ele não teria sido possível todo este trabalho. Muito obrigada.

Aos médicos, enfermeiras e auxiliares das consultas de Diagnóstico Pré-Natal e Grupo de Estudos de Morte Fetal da Maternidade Alfredo da Costa por me terem recebido tão bem, pelo interesse e pela ajuda.

A todas as participantes que se dispuseram a falar-me sobre as suas experiências e me deixaram tentar compreender as suas vivências.

Aos meus amigos de sempre por terem crescido comigo e contribuído para a pessoa que sou hoje.

Às amigas de faculdade, por terem sido uma parte tão importante deste percurso e serem uma das grandes razões por que vou ter tanta saudade. À Adriana, à Inês D., à Inês P., à Joana e à Sara.

Ao Ricardo, por ter ouvido os meus desabafos depois de horas frustrantes.

Por fim, mas definitivamente não por último, aos meus pais por sempre me terem deixado seguir o meu caminho sem imporem restrições. Por todo o vosso carinho, amor e patrocínio. Ao meu irmão, meu companheiro desde sempre.

Resumo

Introdução: A interrupção espontânea da gravidez (IEG) tem consequências psicológicas negativas para a mulher que se mantém durante um longo período de tempo. É possível que estes efeitos negativos tenham repercussões na vivência psicológica de uma gravidez subsequente a uma IEG.

Objetivo: O objetivo é averiguar se as vivências emocionais de mulheres com e sem historial de IEG diferem significativamente.

Hipóteses: HG1– A experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da ansiedade, da depressão, do *stress* e da culpa numa gravidez subsequente. HG2– O número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da ansiedade, da depressão, do *stress* e da culpa numa gravidez subsequente. HG3– A experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da vergonha numa gravidez subsequente. HG4– O número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da vergonha numa gravidez subsequente.

Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa (PFQ-2).

Participantes: Mulheres grávidas (N = 47) entre a 1^a e a 13^a semanas de gestação, 30 sem IEG prévias e 17 com historial de IEG. Apenas foram incluídas mulheres com perdas gestacionais prévias ocorridas até às 20 semanas de gestação. As participantes foram entrevistadas para o preenchimento dos instrumentos.

Resultados: Foram efetuadas análises de regressão onde a variável independente foi a experiência/ausência de IEG (HG1, HG3) ou o número de IEG (HG2, HG4) enquanto as variáveis dependentes foram a ansiedade, a depressão, o *stress*, a culpa ou a vergonha. O número de IEG oferece um contributo marginalmente significativo para a explicação da variância da ansiedade e do *stress*; o mesmo não se passa com a experiência/ausência de IEG. Nenhuma das variáveis independentes contribuiu significativamente para a explicação da variância da depressão e da vergonha. A experiência/ausência de IEG oferece um contributo significativo para a explicação da variância da culpa. No entanto, análises adicionais revelaram que a vergonha aparenta ser uma variável relevante na mediação da culpa e outras reações emocionais negativas numa gravidez subsequente a uma IEG.

Conclusão: É necessária a realização de mais investigação sobre a vergonha como consequência de uma IEG, uma vez que esta é uma variável pouco considerada nos estudos sobre este tema.

Palavras-chave: Interrupção Espontânea da Gravidez; Ansiedade; Depressão; *Stress*; Culpa; Vergonha; Maternidade.

Abstract

Introduction: A miscarriage has negative psychological consequences for a woman that can last for a long time. It is possible that these adverse effects may have consequences in the psychological experience of a pregnancy ensuing a miscarriage.

Aim: The purpose is to investigate if there are significant differences in the emotional experience of pregnant women with and without history of previous miscarriage.

Hypotheses: GH1- Presence/absence of miscarriage gives a significant contribution to explain the statistical variance of anxiety, depression, stress and guilt in a pregnancy ensuing a miscarriage. GH2- Number of miscarriages gives a significant contribution to explain the statistical variance of anxiety, depression, stress and guilt in a pregnancy ensuing a miscarriage. GH3- Presence/absence of miscarriage doesn't give a significant contribution to explain the statistical variance of shame in a pregnancy ensuing a miscarriage. GH4- Number of miscarriages doesn't give a significant contribution to explain the statistical variance of shame in a pregnancy ensuing a miscarriage.

Instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21) and Personal Feelings Questionnaire (PFQ-2).

Sample: Pregnant women (N = 47) between the 1st and the 13th weeks of pregnancy. Of these, 30 had no history of previous miscarriage and 17 had previous miscarriages. Only women with previous miscarriages occurring until the 20th week of pregnancy were included. Participants were interviewed to complete the instruments.

Results: Linear regressions were made with the presence/absence of miscarriage (GH1, GH3) or the number of miscarriages (GH2, GH4) as independent variables and anxiety, depression, stress, guilt or shame as dependent variables. The number of miscarriages offers a significant contribution to the explanation of variance of anxiety and of *stress*; the same does not happen with the presence/absence of miscarriage. None of the independent variables gave a significant contribution to the explanation of the variance of depression and shame. The presence/absence of miscarriage offers a significant contribution to the explanation of variance of guilt. However, additional analysis revealed that shame appears to be relevant in the mediation of guilt and other negative emotions in a pregnancy ensuing a miscarriage.

Conclusion: It is necessary further investigation about shame as a consequence of a miscarriage, once this one is a variable with little relevance in the studies about the topic.

Key-words: Miscarriage; Anxiety; Depression; Stress; Guilt; Shame; Maternity.

Índice

1.	A Gravidez	1
1.1.	A Dimensão Psicológica da Gravidez	1
1.2.	As Tarefas da Gravidez.....	3
1.3.	A Gravidez de Risco	5
2.	A Interrupção Espontânea da Gravidez.....	7
2.1.	A Interrupção Espontânea da Gravidez e as suas Consequências Psicológicas	8
2.2.	A Interrupção Espontânea da Gravidez e uma Gravidez Subsequente.....	11
3.	A Maternidade.....	13
3.1.	A Interrupção Espontânea da Gravidez e a Transição para a Maternidade	13
4.	Variáveis Psicológicas.....	17
4.1.	Ansiedade.....	17
4.2.	Depressão	18
4.3.	Stress	19
4.4.	Culpa	20
4.5.	Vergonha.....	21
5.	Objetivos de Investigação	23
5.1.	Hipóteses Gerais de Investigação	23
6.	Metodologia de Investigação	25
6.1.	Definição de Variáveis.....	25
6.2.	Operacionalização de Variáveis.....	25
6.2.1.	Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	25
6.2.2.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	26
6.2.3.	Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa (PFQ-2)	27
6.3.	Hipóteses Específicas	28
6.4.	Procedimento	29
6.4.1.	Definição da Amostra.....	29
6.4.2.	Aplicação	30
6.4.3.	Análise Estatística	30
7.	Resultados	33
7.1.	Caracterização da Amostra	33
7.2.	Testagem de Hipóteses	35
7.2.1.	Testagem da Hipótese Específica 1	35

7.2.2.	Testagem da Hipótese Específica 2	35
7.2.3.	Testagem da Hipótese Específica 3	36
7.2.4.	Testagem da Hipótese Específica 4	36
7.2.5.	Testagem da Hipótese Específica 5	37
7.2.6.	Testagem da Hipótese Específica 6	38
7.2.7.	Testagem da Hipótese Específica 7	38
7.2.8.	Testagem da Hipótese Específica 8	38
7.2.9.	Testagem da Hipótese Específica 9	39
7.2.10.	Testagem da Hipótese Específica 10	39
7.2.11.	Análises Adicionais	40
8.	Discussão.....	43
8.1.	Limitações.....	47
9.	Conclusão	49
	Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna das Subescalas da EADS-21	27
Tabela 2. Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna das Subescalas do PFQ-2	28
Tabela 3. Características Sociodemográficas da Amostra	33
Tabela 4. Características Clínicas da Amostra	34
Tabela 5. Regressão Linear: Variável Independente Experiência/Ausência de IEG; Variável Dependente Culpa	37
Tabela 6. Regressão Linear: Variáveis Independentes Vergonha, Ansiedade, Depressão, Stress, Experiência/Ausência de IEG; Variável Dependente Culpa	41

Índice de Anexos

Anexo I. Folha de Informação à Participante

Anexo II. Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21)

Anexo V. Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa (PFQ-2)

Anexo VI. Estatística Descritiva das Variáveis Intervalares

Anexo VII. Estatística Descritiva das Variáveis Catoriais

Anexo VIII. Testagem de Normalidade das Variáveis Intervalares

Anexo IX. Análise da Consistência Interna da Subescala “Ansiedade” (EADS-21)

Anexo X. Análise da Consistência Interna da Subescala “Depressão” (EADS-21)

Anexo XI. Análise da Consistência Interna da Subescala “*Stress*” (EADS-21)

Anexo XII. Análise da Consistência Interna da Escala Total EADS-21

Anexo XIII. Análise da Consistência Interna da Subescala “Vergonha” (PFQ-2)

Anexo XIV. Análise da Consistência Interna da Subescala “Culpa” (PFQ-2)

Anexo XV. Testagem da Hipótese Específica 1

Anexo XVI. Testagem da Hipótese Específica 2

Anexo XVII. Testagem da Hipótese Específica 3

Anexo XVIII. Testagem da Hipótese Específica 4

Anexo XIX. Testagem da Hipótese Específica 5

Anexo XX. Testagem da Hipótese Específica 6

Anexo XXI. Testagem da Hipótese Específica 7

Anexo XXII. Testagem da Hipótese Específica 8

Anexo XXIII. Testagem da Hipótese Específica 9

Anexo XXIV. Testagem da Hipótese Específica 10

Anexo XXV. Análise Adicional – Variáveis Independentes Ansiedade, Depressão, *Stress* e Variável Dependente Culpa

Anexo XXVI. Análise Adicional – Variáveis Independentes Ansiedade, Depressão, *Stress* e Experiência/Ausência de IEG e Variável Dependente Culpa

Anexo XXVII. Análise Adicional – Variável Independente Vergonha e Variável Dependente Culpa

Anexo XXVIII. Análise Adicional – Variáveis Independentes Vergonha, Ansiedade, Depressão e *Stress* e Variável Dependente Culpa

Anexo XXIX. Análise Adicional - Variáveis Independentes Vergonha, Ansiedade, Depressão *Stress* e Experiência/Ausência de IEG e Variável Dependente Culpa

1. A Gravidez

Ao longo de todo o seu ciclo vital a mulher passa por diferentes fases de transição. A gravidez, assim como a adolescência e a menopausa, é um período crítico de desenvolvimento da personalidade com transições biologicamente determinadas e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos (Bibring, 1959).

A gravidez pode definir-se como o processo que corresponde ao período de aproximadamente quarenta semanas que são necessárias para gerar uma vida humana. Inicialmente estudada apenas em função de uma perspectiva médica e orgânica, foi gradualmente sendo encarada como um processo biopsicossocial no qual interagem diversas variáveis e fatores. Atualmente é encarada de modo mais holístico e integrado, considerando as diferentes dimensões de funcionamento do ser humano (Conde & Figueiredo, 2003).

A dimensão psicológica da vivência da gravidez não pode ser ignorada, correndo-se o risco de pensar na mulher grávida como alguém que assiste com indiferença às grandes mudanças que ocorrem no seu corpo. De facto, pode fazer-se um paralelo entre o desenvolvimento físico, no qual o corpo da grávida aumenta para criar espaço para o bebé, com o desenvolvimento psicológico, em que ocorre uma abertura emocional para receber o recém-nascido (Colman & Colman, 1994).

Segundo Meireles e Costa (2005), a gravidez, e especialmente a primeira, implica uma reorganização nas dimensões biológica, cognitiva, emocional, relacional e social da mulher que se manifestará numa mudança identitária.

1.1. A Dimensão Psicológica da Gravidez

Uma vez que a gravidez é um período de crescimento psicológico, é uma fase em que coexistem inúmeras ansiedades, preocupações, esperanças e alegrias no mundo psíquico da mulher que se prepara para criar um recém-nascido. O estudo desta vivência psicológica tem interesse na medida em que se sabe que os processos psicossomáticos podem tomar grande importância na gestação. A mulher grávida que não seja capaz de se adaptar à sua nova situação e às mudanças implicadas pode sofrer repercussões na sua saúde física e mental que a afetam tanto a si como ao feto (Conde & Figueiredo, 2003). Importa, então, realizar uma análise do trajeto psicológico da gravidez para melhor conseguir compreender a vivência da mulher que espera um filho.

É no início da gravidez que a variação individual toma maior importância: a grávida está preocupada sobretudo com o que lhe acontece a si e ao seu corpo e não necessariamente com o bebé que ainda não pode sentir nem ver (Colman & Colman, 1994). É normal que, nesta fase, esteja presente alguma ambivalência. De facto, Canavarro (2001) afirma que esta é a experiência mais comum no início da gestação: a mulher pode estar ambivalente relativamente às mudanças que a gravidez implica e à maternidade. A mulher que não sabe lidar com os sentimentos negativos naturais desta fase pode ter dificuldade em aceitar a gravidez ou pensar que não está preparada para ser mãe (Colman & Colman, 1994).

Na fase inicial da gestação é, também, comum que a mulher se interesse por outras mulheres que são figuras maternas na sua vida, o que é visto como expressão do início da procura de uma identidade materna para si própria (Colman & Colman, 1994).

Um estudo de Conde e Figueiredo (2012) mostra que é no primeiro trimestre de gravidez que as mulheres mostram maior preocupação com uma variedade de aspetos. Neste período as preocupações maternas focam-se, sobretudo, na possibilidade de ocorrência de complicações na gravidez, de uma interrupção espontânea da mesma e de diagnóstico de malformação fetal, assim como em aspetos de cariz económico e social. Ao longo da gestação as preocupações vão diminuindo, parecendo indicar que o período inicial da gravidez é o mais agitado do ponto de vista psicológico (Conde & Figueiredo, 2012).

No segundo trimestre de gestação, com o surgimento dos primeiros movimentos fetais perceptíveis, a mulher começa a construir uma identidade para o seu bebé e a comunicar com ele - a falar, cantar ou acariciá-lo - sendo este o início da construção de uma relação diádica (Brazelton, 2006; Colman & Colman, 1994).

Esta é uma fase mais calma, menos ambivalente e com menos preocupações. Iniciam-se os preparativos para a chegada do bebé, indicando que a mulher aceitou a gravidez e se organiza para receber o recém-nascido. As exigências físicas ainda não são demasiado pesadas e o parto ainda se afigura como distante e, como tal, não suscita demasiada ansiedade (Colman & Colman, 1994). É, portanto, este período intermédio que as mulheres grávidas geralmente vivem com menos ansiedade e preocupação (Ohman, Grunewald & Waldenstrom, 2003).

Com o aproximar do final da gravidez as exigências sobre o corpo da mulher grávida são maiores e é frequente que haja desconforto físico. Nesta fase a grávida está focada, sobretudo, na experiência do parto que se aproxima rapidamente e pode

experimentar alguma ansiedade, devido ao medo do desconforto físico, da perda de controlo ou da possível perda do bebé (Colman & Colman, 1994). Neste período final, surge, também, a perceção da proximidade das grandes mudanças que terão de ser realizadas e alterarão, de grande modo, a vida da mulher (Brazelton, 2006).

Os resultados do estudo de Ohman e colaboradores (2003) mostram que o parto é a segunda maior preocupação das mulheres grávidas ao longo de todo o período gravídico, sendo superada apenas pelas preocupações relativas à saúde do bebé. Como seria de esperar, é no final da gestação, e especialmente após as 34 semanas, que esta se torna a principal preocupação das mulheres grávidas (Ohman et al., 2003).

Apesar de se constatar que existe um trajeto psicológico relativamente comum, é, também, necessário salientar que a vivência da gravidez é diferente para cada mulher e para cada gestação, constituindo-se como uma experiência multidimensional e infinitamente complexa. Entre alguns dos fatores que podem influenciar a vivência da gravidez, contam-se a estrutura de personalidade da mulher grávida, o apoio social recebido durante a gravidez e os fatores sociais, históricos e culturais referentes à perceção da gravidez e da maternidade (Correia, 1998).

Uma vez que se processam enormes mudanças durante esta fase, a gravidez é vista como um período de crise, não só física, mas também psicologicamente (Bibring, 1959; Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961a, 1961b). Estes autores defendem que as manifestações psicopatológicas que ocorrem neste período são apenas uma expressão do desequilíbrio natural desta fase devido à reorganização identitária inerente. Pelo contrário, vários outros autores referem que a gravidez é um período de risco para o desenvolvimento de perturbações ansiosas e depressivas, registando-se níveis mais elevados destas patologias em mulheres grávidas do que em não-grávidas (Figueiredo, 2001; Figueiredo & Conde, 2003; Misri & Joe, 2008). É importante dar atenção a estes fenómenos uma vez que a literatura aponta para que exista um *continuum* entre a experiência de ansiedade e de depressão durante a gravidez e no pós-parto (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Misri & Joe, 2008).

1.2. As Tarefas da Gravidez

Canavarro (2001) considera a gravidez como um processo de construção e desenvolvimento psicológico. Este processo e todas as tarefas a ele associadas são essenciais para que a adaptação à maternidade após o nascimento do bebé seja bem-

sucedida. As tarefas vão-se modificando com a evolução temporal da gestação à medida que diferentes preocupações vão surgindo no psiquismo da mulher grávida (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994).

Antes de apresentar as principais tarefas psicológicas desta fase, é necessário salientar que estas não são estanques e fixas: cada mulher tem o seu ritmo psicológico e de adaptação à gravidez. Como tal, a existência de desfasamentos não significa necessariamente que existam problemas.

Antes de tarefas mais específicas, podem enumerar-se as duas grandes tarefas da gravidez: a construção de uma identidade materna e de uma relação com o bebé. Estas tarefas são transversais à gravidez e essenciais para que o resultado desta seja satisfatório.

A construção de uma identidade materna implica a reavaliação e reestruturação da identidade já formada, de modo a conseguir integrar novos aspetos e funções (Canavarro, 2001; Meireles & Costa, 2005). A grávida tem de avaliar as perdas e ganhos da maternidade e reconhecer as mudanças implicadas, de modo a adaptar-se a uma nova identidade que lhe permitirá responder às exigências do bebé (Canavarro, 2001).

A construção de uma ligação afetiva ao bebé tem início antes do nascimento e implica uma adaptação corporal, emocional e cognitiva ao bebé em desenvolvimento. É durante a gravidez que a mulher aprende a relacionar-se com o bebé e a disponibilizar-se para assegurar a segurança e bem-estar deste (Meireles & Costa, 2005).

Estas duas grandes exigências psicológicas da gravidez traduzem-se numa diversidade de outras, mais específicas, mas também elas essenciais. Estas tarefas podem, de um modo genérico, dividir-se pelos três trimestres de gestação.

Durante o primeiro trimestre de gestação a principal tarefa consiste na confirmação e aceitação da gravidez (Colman & Colman, 1994). A mulher deve aceitar que, de facto, está grávida quando ainda não existem evidências físicas que o comprovem.

Após a aceitação da gravidez, a mulher inicia a tarefa de reavaliar e reestruturar a relação passada e atual com os seus próprios pais, sobretudo com a mãe (Canavarro, 2001). Neste momento, tem de conseguir integrar as experiências positivas e negativas que teve enquanto filha. Assim, poderá adotar alguns comportamentos tidos pelos seus progenitores e rejeitar os que não considera adequados a si ou ao seu contexto, de modo a poder construir a sua identidade materna. Esta tarefa facilita a separação dos papéis a desempenhar pelas diferentes gerações nos cuidados ao bebé, permitindo encontrar um equilíbrio entre as necessidades de apoio e autonomia da futura mãe (Canavarro, 2001).

À medida que entra no segundo trimestre, a principal tarefa da mulher grávida é aceitar a realidade do feto como identidade separada e independente de si (Colman & Colman, 1994). Esta tarefa é acelerada quando a grávida sente os movimentos fetais, que tornam o bebé numa realidade mais palpável. Assim, neste momento da gestação, dá-se o início do processo de diferenciação mãe-feto, visível para os outros nos comportamentos comunicativos da mãe para com o bebé (Canavarro, 2001).

Outra tarefa importante, nesta fase e também ao longo do final da gravidez, é a reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro (Canavarro, 2001). Esta reconstrução coloca desafios ao relacionamento conjugal, que deve transformar-se numa aliança parental, fonte de apoio emocional. É necessário que a relação se torne mais flexível e que haja mudanças a nível afetivo, sexual e da rotina diária (Canavarro, 2001).

Por fim, no terceiro trimestre, a principal tarefa consiste em aceitar o bebé como pessoa separada e preparar-se para a rutura iminente, para a perda que é, simultaneamente, acompanhada de um ganho relacional (Colman & Colman, 1994). Esta é a fase de preparação para o pós-parto na qual a futura mãe tem de compreender e reconhecer que o bebé existe além dela.

No caso de a mulher não ser primípara tem a tarefa adicional de reavaliar e reestruturar a sua relação com o(s) outro(s) filho(s). Deve reconhecer o novo filho como entidade separada do(s) irmão(s) e ajudar este(s) último(s) a preparar(em)-se para a chegada do bebé (Canavarro, 2001).

1.3. A Gravidez de Risco

A gravidez é considerada por muitos como um período de alegria que deve decorrer sem complicações. Nem sempre isto acontece e existem mulheres que passam pela experiência de uma gravidez de risco, colocando a mãe ou o feto em perigo (Denis, Michaux & Callahan, 2012).

As complicações que ocorrem durante a gravidez criam *stress* e ansiedade na mulher, que é incapaz de prever o que irá acontecer e tem de lidar com os riscos da gravidez e com o impacto que terão. Consequentemente, é comum que nas gravidezes de risco e alto risco os níveis de ansiedade e depressão sejam mais elevados do que numa gravidez normal (Denis et al., 2012).

De acordo com Goulet, Polomeno e Harel (1996), as mulheres que se encontram numa situação de risco durante a gravidez experimentam uma grande diversidade de

sentimentos, nomeadamente culpa, raiva, ambivalência, ansiedade e depressão. Estas reações, se não forem consideradas pela equipa médica, podem interferir nas interações familiares e com a aquisição da identidade materna e da ligação materno-fetal (Goulet et al., 1996).

Num estudo de Denis e colaboradores (2012) com grávidas hospitalizadas por complicações numa gravidez de risco, as participantes reportaram, em medidas de autorrelato, níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. Neste estudo também se conclui que as mulheres com gravidez de risco têm maior dificuldade em lidar com os sentimentos de ansiedade do que com as restrições físicas impostas pelo internamento. Tendo em conta os resultados referidos, é presumível que prestar apoio emocional a estas grávidas pode ter benefícios, ajudando estas mulheres a lidar melhor com a situação em que se encontram (Denis et al., 2012).

2. *A Interrupção Espontânea da Gravidez*

Tendo em conta que o equilíbrio psicológico da mulher grávida exige harmonia entre diversos aspetos (sociais e psicológicos), faz sentido pensar que a experiência prévia de interrupção espontânea da gravidez (IEG) pode influenciar o modo como uma gravidez futura é vivenciada. De facto, a literatura aponta para que os fatores obstétricos e da história reprodutiva influenciem a vivência psicológica de gravidezes posteriores (Conde & Figueiredo, 2003).

Como tal, tem interesse analisar quais as consequências psicológicas de uma IEG e o modo como esta pode influenciar a vivência de uma gravidez posterior. Antes de iniciar o tema é necessário definir o conceito de IEG, assim como outras ocorrências obstétricas que lhe são semelhantes.

Uma IEG é definida como a perda repentina e inesperada de uma gravidez que ocorre até às 20 semanas de gestação e resulta em morte fetal (Rolim & Canavarro, 2001). A frequência da IEG é de cerca de 14%, sendo mais comum em mulheres com idade superior a 35 anos (Caetano et al., 2006). Aproximadamente 80% das IEG ocorrem nas primeiras 12 semanas de gestação, considerando-se que este é o período de maior risco, podendo ocorrer tão precocemente que a mulher ainda não tem conhecimento de que se encontra grávida (Rolim & Canavarro, 2001). Consequentemente, é difícil obter uma estimativa precisa de quantas gravidezes terminam em IEG, uma vez que parte destas não são identificadas nem reconhecidas como perdas (Rolim & Canavarro, 2001).

Ainda dentro do domínio da IEG existe uma condição denominada aborto espontâneo recorrente, que se aplica a casos de mulheres que já sofreram três ou mais IEG sucessivas. Ocorre apenas em 1% a 2% das mulheres em idade reprodutiva e existem vários fatores associados, nomeadamente genéticos, anatómicos, hormonais, infecciosos e imunológicos. No entanto, em muitos dos casos, as causas da IEG continuam a ser desconhecidas (Caetano et al., 2006).

Uma interrupção médica da gravidez (IMG) define-se como uma interrupção medicamente assistida até às 24 semanas de gestação, em caso de doença grave ou malformação congénita, ou até às 16 semanas, quando esta resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual (Rolim & Canavarro, 2001).

A morte fetal é definida como a morte do bebé que ocorre durante o último trimestre de gestação e trabalho de parto (Rolim & Canavarro, 2001).

É importante diferenciar estes conceitos, pois, uma vez que diferem quanto à possibilidade de escolha e ao nível de desenvolvimento do feto aquando da morte, é possível assumir que não terão as mesmas consequências psicológicas.

2.1. A Interrupção Espontânea da Gravidez e as suas Consequências Psicológicas

Ao examinar o tema da IEG é necessário considerar que esta, tal como a gravidez, é uma experiência diferente para cada gestante. A estrutura psicológica da mulher, a fase de vida em que se encontra, o carácter inesperado do acontecimento e o significado atribuído à perda são fatores importantes na determinação da vivência da mesma (Rolim & Canavarro, 2001). Como tal, não se podem esperar reações semelhantes por parte de todas as mulheres.

Sarmento e Setúbal (2003) salientam que a IEG acarreta consigo a interrupção de um processo criativo que tem consequências a curto, médio e longo prazo. Além da perda física, a mulher depara-se com a perda de expectativas e planos futuros relativos ao bebé que iria nascer, da maternidade, de autoestima e de parte do *self* (Lee & Slade, 1996).

Uma vez que a gravidez implica um trabalho psíquico intenso, facilmente se compreende que uma IEG tenha consequências a nível psicológico para a mulher que por ela passa, existindo vários estudos que o comprovam. No início do estudo sobre esta temática o principal foco eram os sintomas depressivos, devido ao facto de a IEG ser encarada como uma perda e a depressão ser considerada como uma patologia reativa à perda. No entanto, sintomas de ansiedade também são bastante comuns e têm sido mais estudados nas últimas décadas (Geller, Kerns & Klier, 2004). Aliás, a investigação tem vindo a obter mais evidências de presença de sintomas de ansiedade do que de sintomas depressivos após uma IEG (Lee & Slade, 1996).

Apesar de alguma inconsistência dos resultados obtidos nesta área, que vários autores (Lee & Slade, 1996; Klier et al., 2002) justificam com o uso de metodologias, operacionalizações e instrumentos de avaliação diversos, a generalidade dos estudos obtém resultados que apontam na mesma direção. De facto, as conclusões das revisões de literatura sobre o tema são de que a IEG coloca as mulheres em maior risco de sofrer sintomatologia depressiva e ansiosa (Lee & Slade, 1996; Klier et al., 2002).

As reações depressivas e ansiosas são visíveis imediatamente após a IEG, como demonstra o estudo de Thapar e Thapar (1992). Nesta investigação, as mulheres eram contactadas até 24 horas após a IEG e reportavam níveis mais altos de ansiedade e

depressão, em medidas de autorrelato, do que o grupo de controlo. A avaliação foi repetida 6 a 8 semanas após a IEG, obtendo-se resultados equivalentes à primeira medida. Consequentemente, é possível presumir que os efeitos psicológicos de uma IEG surgem rapidamente após o acontecimento e se mantêm no tempo. Os resultados também mostraram que mulheres que tinham tido mais IEG prévias reportavam maiores níveis de ansiedade e mulheres que não tinham filhos ou não tinham planeado a gravidez reportavam sentir-se mais ansiosas e deprimidas (Thapar & Thapar, 1992).

Relativamente à presença de perturbações psiquiátricas propriamente ditas, Cumming e colaboradores (2007) referem que, na sua amostra, um mês após a IEG, 23,8% das mulheres se encontravam acima do limiar clínico de ansiedade e 10% acima do limiar clínico de depressão. Estes valores reduziram-se progressivamente ao 6º e 13º meses após a IEG, mas mesmo mais de um ano após a IEG os níveis de ansiedade e depressão ainda se mantinham elevados. Apesar de o estudo carecer de um grupo de controlo, parece indicar que a ocorrência de uma IEG tem consequências a longo prazo para a saúde mental da mulher (Cumming et al., 2007).

Apesar de a investigação se focar sobretudo nestes aspetos, uma IEG não é seguida apenas por sentimentos de ansiedade e depressão. É comum que estejam presentes sentimentos de culpa, sendo estes mais comuns quando as mulheres consideram estar a ser punidas por determinados atos (e.g. fumar, beber) ou sentimentos (e.g. não desejar o filho). No entanto, é comum que a IEG ocorra mesmo quando a mulher seguiu todas as indicações médicas e também nestas situações muitas vezes surgem sentimentos de culpa (Rolim & Canavarro, 2001).

Num estudo qualitativo, baseado em entrevistas e questionários realizados com mulheres que tinham sofrido uma IEG, um dos temas recorrentes foi a culpa (Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). A amostra da investigação era constituída por mulheres sem perturbação psiquiátrica e mulheres que desenvolveram perturbação psiquiátrica após a IEG e procurou compreender quais os principais temas e experiências referidos relativamente à IEG. Um dos principais temas foi a culpa, que estava frequentemente associada a um sentimento de falha pessoal, de ter feito algo errado ou de desiludir outras pessoas. No entanto, algumas mulheres relataram sentir-se culpadas por não estarem deprimidas ou em luto, como consideravam que seria expectável (Wong et al., 2003).

Bardos, Hercz, Friedenthal, Missmer e Williams (2015) realizaram um estudo com o objetivo de compreender quais as perceções da população acerca da IEG, incluindo

participantes do sexo feminino (75%) e masculino. Grande parte dos participantes revelaram concepções erradas sobre este tema, considerando que a IEG é muito pouco comum e pode ser causada pelo estilo de vida e comportamentos da mulher (e.g. levantar pesos ou ter tomado contraceção oral no passado). Isto era verdade sobretudo para participantes com um menor nível de instrução, sendo que participantes mais instruídos tinham maior probabilidade de identificar fatores genéticos como principal causa da IEG. Dos participantes que tinham passado por uma IEG, quase metade (47%) reportaram sentir-se culpados, sobretudo as participantes do sexo feminino. Uma grande percentagem considerava que tinha feito algo de errado (41%) e poderia ter prevenido a IEG (38%), mostrando sentir-se responsável pela IEG. Além disso, 28% dos participantes admitia sentir-se envergonhado relativamente a esta ocorrência (Bardos et al., 2015).

Apesar de estes dois estudos mostrarem que a IEG pode provocar reações emocionais de culpa e vergonha, são estudos qualitativos e em que não foram utilizados grupos de controlo, o que pode comprometer as conclusões retiradas a partir dos dados. De facto, o estudo de Broen, Moum, Bodtker e Ekeberg (2005) mostrou que, após uma IEG, embora os níveis de culpa reportados tomem alguma relevância, os níveis de vergonha são bastante baixos (Broen et al., 2005). Apesar de este estudo comparar mulheres que sofreram uma IEG com mulheres que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), parece indicar que a vergonha não é uma experiência significativa após uma IEG.

Consequentemente, é importante estudar as experiências de culpa e vergonha por parte de mulheres que sofreram uma IEG, uma vez que estes sentimentos podem ter consequências a nível da saúde emocional e criar uma barreira na procura de ajuda (Wong et al., 2003).

A literatura, apesar das incongruências e limitações metodológicas, aponta para que uma IEG tenha consequências para a saúde mental e emocional da mulher. É do interesse da saúde pública que estes efeitos sejam considerados quando se lida com estas mulheres, de modo a fornecer um acompanhamento adequado. De facto, grande parte das mulheres que passam por uma IEG consideram que não são suficientemente apoiadas por parte da equipa médica, percecionando os técnicos como pouco empáticos (Bardos et al., 2015; Wong et al., 2003).

2.2. A Interrupção Espontânea da Gravidez e uma Gravidez Subsequente

Tendo em conta os diversos efeitos já estudados da IEG sobre a vida psicológica da mulher, é importante perceber o que sucede quando esta torna a engravidar. Apesar de a investigação nesta área ser sido iniciada recentemente (Tsartsara & Johnson, 2006), toma grande importância, uma vez que cerca de 63% das mulheres que sofreram uma IEG se encontram novamente grávidas apenas 6 meses após aquele evento (Cuisinier et al., 1996, citado por Klier et al., 2002).

É comum que após uma perda as mulheres invistam bastante numa gestação subsequente, tornando-as ainda mais suscetíveis a reações emocionais adversas caso ocorra uma nova perda (Rolim & Canavarro, 2001). De acordo com Conde e Figueiredo (2003), o facto de a mulher já ter passado por complicações diversas em gravidezes anteriores resulta num aumento da ansiedade em gravidezes seguintes.

Gaudet, Séjourné, Camborieux, Rogers e Chabrol (2010) afirmam que uma conceção precoce após a perda, uma fase mais avançada da gestação em que a perda ocorreu e um número elevado de perdas gestacionais se associam com um maior grau de sofrimento numa gravidez subsequente.

Vários estudos examinam a incidência de sintomas de ansiedade e depressão numa gravidez subsequente a uma IEG (Blackmore et al., 2011; Franche & Mikail, 1999; Fertl, Bergner, Beyer, Klapp & Rauchfuss, 2009; Gong, Hao, Tao, Zhang, Wang & Xu, 2013). Destes estudos, todos chegaram à conclusão que mulheres que já sofreram IEG estão em maior risco de experienciar sintomatologia depressiva e ansiosa numa gravidez posterior.

Na análise de Franche e Mikail (1999), que incluiu mulheres com e sem historial de perda gestacional, entre a 10^a e a 24^a semana de gravidez, foram comparados os níveis de ansiedade e depressão. Concluiu-se que a sintomatologia depressiva e a ansiedade específica da gravidez são mais elevadas em mulheres com perdas prévias. Não existiam diferenças nos níveis de ansiedade geral dos dois grupos (Franche & Mikail, 1999). Apesar de este estudo incluir mulheres que sofreram perdas gestacionais após as 20 semanas de gestação, a maioria (55%) tinha sofrido IEG.

Também Fertl e colaboradores (2009) obtiveram resultados semelhantes: mulheres grávidas com e sem IEG prévias diferem no que diz respeito à ansiedade específica da gravidez. No entanto, os resultados também mostraram que o número de IEG se relaciona com os níveis de ansiedade estado: mais IEG prévias traduziam-se em maior ansiedade estado. Outro resultado interessante é o facto de ansiedade estado das

mulheres com perdas prévias diminuir significativamente após ser ultrapassado o período crítico, em que a IEG tinha ocorrido na gravidez anterior (Fertl et al., 2009).

No estudo longitudinal de Blackmore e colaboradores (2011) também se concluiu que o número de perdas anteriores interfere na vivência psicológica de uma gravidez subsequente, nomeadamente quanto mais perdas sofridas anteriormente, mais sintomas de ansiedade e depressão eram experienciados pelas mulheres. É de salientar, no entanto, que neste estudo foram incluídas participantes com perdas após as 20 semanas de gestação (Blackmore et al., 2011).

De acordo com as conclusões de Gong e colaboradores (2013), apenas no primeiro trimestre se registam diferenças nos níveis de ansiedade de mulheres com historial de IEG, em comparação com mulheres sem IEG prévias. Além disso, o desenvolvimento de reações de ansiedade e depressão é mais provável caso o intervalo entre a IEG e a gravidez subsequente seja menor do que seis meses (Gong et al., 2013), o que poderá estar relacionado com o tempo necessário para uma boa resolução do luto.

Realizando uma revisão da literatura sobre o tema, parece claro que a ocorrência de uma IEG tem consequências na vivência psicológica de uma gravidez subsequente. Para estas mulheres, a vivência da gravidez parece ser marcada por maior ansiedade e depressão, sobretudo no primeiro trimestre.

A investigação nesta área tem-se preocupado pouco com outras variáveis que podem ser relevantes, como a culpa ou a vergonha, sendo que algumas mulheres parecem experienciar estas reações emocionais após uma IEG. No entanto, não há dados sobre se a culpa e a vergonha são uma experiência comum numa gravidez subsequente a uma IEG.

3. A Maternidade

A gravidez é o início de uma jornada mais longa: a maternidade. Na gravidez inicia-se o ajustamento à maternidade, que engloba uma série de áreas, nomeadamente a satisfação pessoal, o equilíbrio emocional, o funcionamento familiar, o desempenho de tarefas práticas de cuidados e a reestruturação do estilo de vida (Canavarro, 2001).

No entanto, é necessário realizar a distinção entre gravidez e maternidade, que são construtos distintos. Enquanto a gravidez é um processo limitado no tempo e com uma forte componente fisiológica, a maternidade é menos limitada. A gravidez é vista como uma das fases de transição para a maternidade, em que é suposto que a grávida adquira conhecimentos permitindo-lhe uma transição segura (Mendes, 2007). Segundo Correia (1998), a maternidade é, acima de tudo, uma vivência.

Tal como a gravidez, a maternidade é construída e vivida de modo idiossincrático (Mendes, 2007). Correia (1998) salienta dois tipos de componentes que têm impacto na vivência da maternidade, sendo eles os aspetos culturais e os aspetos idiossincráticos e de personalidade. O esforço de adaptação por parte da mulher à maternidade e o grau em que esta é capaz de o realizar é influenciado por diversos fatores, nomeadamente fatores da própria mulher, do bebé e do meio envolvente. No que diz respeito aos fatores ligados à própria mulher, o decurso obstétrico da gravidez e do parto têm grande importância (Canavarro, 2001).

Sendo um período tão exigente física e psicologicamente, o pós-parto é de grande vulnerabilidade relativamente ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Figueiredo, 2001). De facto, existem algumas perturbações psiquiátricas que ocorrem com relativa frequência no puerpério, sendo a depressão pós-parto a que afeta mais mulheres: cerca de 13% (Misri & Joe, 2008).

3.1. A Interrupção Espontânea da Gravidez e a Transição para a Maternidade

O estudo da IEG tem interesse no que diz respeito à transição para a maternidade, na medida em que pode criar dificuldades à mesma. Se as perdas gestacionais influenciam a vivência de gravidezes subsequentes, podem impedir que suceda o desenvolvimento psicológico típico e necessário para que ocorram as aquisições indispensáveis à maternidade.

Também a investigação nesta área se tem preocupado sobretudo com a ansiedade e depressão. Hughes, Turton e Evans (1999) investigaram este tema num estudo em que a ansiedade e depressão foram avaliadas 6 semanas, 6 meses e 1 ano após o parto. Os resultados mostraram que só existiam diferenças significativas quando se considerava na análise o tempo passado entre a perda gestacional e a concepção subsequente. Nomeadamente, as mulheres que concebiam menos de 12 meses após uma perda apresentavam níveis mais elevados de depressão e ansiedade estado e traço 1 ano após o parto. Quando a concepção ocorria mais de 1 ano após uma perda não existiam diferenças relativamente ao grupo de controlo (Hughes et al., 1999). É preciso considerar, porém, que neste estudo foram integradas participantes com perdas após as 20 semanas de gestação.

No estudo já referido de Blackmore e colaboradores (2011) concluiu-se que, mesmo 33 meses após o nascimento do bebé de uma gravidez subsequente, as mulheres com história prévia de IEG apresentavam níveis mais altos de ansiedade e depressão em comparação o grupo controlo. Estas diferenças foram encontradas mesmo sem considerar o tempo passado desde a concepção. Os resultados destes autores parecem indicar que os efeitos de uma IEG são bastante duradouros e não se resolvem com o nascimento de um bebé saudável (Blackmore et al., 2011).

Analisando os dados obtidos nestes dois estudos (Blackmore et al., 2011; Hughes et al., 1999) parece correto assumir que um historial de IEG tem influência no modo como a mulher se adapta às exigências da maternidade.

Outra forma de abordar esta temática é investigar se existem diferenças entre as crianças nascidas de gravidezes subsequentes a uma IEG e crianças cujas mães nunca sofreram IEG. De facto, alguns estudos averigam eventuais diferenças nos padrões de vinculação destes dois grupos de crianças.

O estudo de Heller e Zeanah (1999) é um destes. Nesta investigação díades mãe-bebé, em que o bebé nasceu de uma gravidez subsequente a uma IEG, foram filmadas na Situação Estranha (Ainsworth, 1969), 12 meses após o parto. Os resultados mostram que, mesmo controlando outras variáveis (e.g., idade materna, etnia), existe uma grande percentagem de crianças classificadas com um padrão desorganizado (45%). Este número é bastante superior ao que foi encontrado noutros estudos sobre padrões de vinculação, em que este estilo apenas representava 15% da amostra (Heller & Zeanah, 1999). Além disso, o estudo também revelou que as mães de filhos com padrão desorganizado tinham

com maior probabilidade reportado sentir-se dependentes de outros para resolver o luto, quando entrevistadas 2 meses após a IEG.

O estudo de Hughes, Turton, Hopper, McGauley e Fonagy (2001) também avaliou as díades com recurso à Situação Estranha (Ainsworth, 1969) aos 12 meses do bebé. Os resultados mostraram que o padrão desorganizado era mais comum no grupo bebés nascidos de uma gravidez subsequente a uma IEG (36%) em comparação com o grupo de controlo (13%). Estas diferenças não eram explicadas por fatores demográficos nem pelos sintomas de ansiedade e depressão, mas eram previstas pelo luto não resolvido da mãe (Hughes et al., 2001).

No entanto, estes estudos acerca do padrão de vinculação não se referem apenas a filhos de mulheres com historial de IEG mas também com perdas gestacionais após as 20 semanas de gravidez. Não é possível assumir que a ocorrência de uma IEG terá os mesmos efeitos a nível da vinculação do bebé à mãe pois uma perda mais precoce e uma perda tardia poderão não ter as mesmas consequências psicológicas.

Apesar de a literatura acerca deste tema ainda ser escassa, os dados parecem apontar para que a IEG tenha impacto na transição para a maternidade e na relação que a mulher consegue estabelecer com um bebé nascido de uma gravidez subsequente. Esta constitui-se como mais uma razão que torna relevante o estudo da temática da IEG e das suas consequências psicológicas.

4. Variáveis Psicológicas

4.1. Ansiedade

A ansiedade é uma emoção negativa e desagradável que envolve aspetos subjetivos e sintomas físicos, tendo já sido definida como um traço, um estado, um estímulo, uma resposta, uma pulsão e um motivo (Endler & Kocovski, 2001).

A tentativa de compreensão deste conceito foi iniciada por Freud, em íntima ligação com o estudo das neuroses, tendo uma posição de relevo nas suas teorias. A primeira teoria da ansiedade proposta por Freud (1978d) defendia que esta resultava de um processo puramente físico, no qual não haveria papel de determinantes psicológicos. Na teoria libidinal da ansiedade, esta resultaria da acumulação de outro estímulo endógeno, nomeadamente de líbido que não foi libertada através da relação sexual saudável.

Esta perspetiva foi-se modificando, dando lugar à teoria da ansiedade enquanto sinal. Nesta segunda teoria, Freud (1978b) defende que o ego, ao pressentir uma situação de perigo interno ou externo, gera ansiedade de modo a ativar as suas defesas. Estas defesas teriam o objetivo de anular a ameaça, podendo ser saudáveis ou patológicas. Portanto, seguindo esta linha de conceptualização, a repressão resulta da ansiedade e não o oposto, como defendido anteriormente.

A teorização do conceito evoluiu e sempre tomou grande importância, na corrente psicanalítica e fora dela, sendo um conceito que se encontra no centro de grande parte das teorias da personalidade e considerada causadora de uma grande variedade de comportamentos desajustados (Endler & Kocovski, 2001).

Uma das teorias com grande aceitação por parte da comunidade científica diz respeito à distinção entre ansiedade estado e ansiedade traço, proposta por Spielberger (1966). De acordo com este autor, o termo ansiedade refere-se a dois significados diferentes: a uma resposta transitória a um estímulo, que inclui os sentimentos de tensão e apreensão e uma elevada excitação do sistema nervoso autónomo (ansiedade estado); a diferenças individuais estáveis relativas à tendência para manifestar maior ou menor ansiedade (ansiedade traço). Pessoas neuróticas apresentariam níveis mais elevados de ansiedade traço (Spielberger, 1966).

Atualmente, a ansiedade tem vindo a ser reconhecida como um construto multidimensional, com diferentes componentes e resultante da interação entre personalidade e situação (Conde & Figueiredo, 2003; Endler & Kocovski, 2001).

Como já referido, existe uma grande diversidade de investigação que mostra a existência de experiências de ansiedade durante a gravidez e como consequência de uma IEG (Blackmore et al., 2011; Cumming et al., 2007; Denis et al., 2012; Franche & Mikail, 1999; Fertl et al., 2009; Gong et al., 2013; Thapar & Thapar, 1992).

4.2. Depressão

A depressão é um dos problemas de saúde mental com maior prevalência na atualidade (Teng, Humes & Demetrio, 2005). É uma perturbação de humor que causa alterações na cognição e no comportamento, assim como alterações fisiológicas (American Psychoanalytic Association [APA], 2006). Caracteriza-se por uma variedade de sintomas, como tristeza, anedonia, irritabilidade, perda de energia e pensamento suicida (APA, 2006). As experiências depressivas variam desde formas subtis e relativamente adaptativas a estados graves e incapacitantes, o que se traduz nas diversas perturbações depressivas que se encontram nos manuais de diagnóstico psiquiátrico (APA, 2006).

Relativamente às perspetivas psicanalíticas mais clássicas, Freud (1978c) forneceu um contributo importante para a compreensão das experiências depressivas, ou melancolia, articulando-as com o processo de luto. De acordo com a sua proposta, a melancolia resulta da perda do amor de um objeto, da negligência ou rejeição por parte deste, o que suscita sentimentos hostis e ambivalência. Uma vez que manifestar estes sentimentos resultaria numa perda definitiva do objeto, o ego identifica-se com este, introjetando-o, e passa a dirigir a hostilidade para si próprio. Consequentemente, na melancolia ocorreria uma regressão da libido a fases orais-narcísicas e sádico-anais, assim como uma clivagem do ego (Freud, 1978c).

A perspetiva freudiana sobre a depressão parece ser confirmada pela investigação de Ihilevich e Gleser (1991). Os autores mostram como pessoas com um estilo defensivo intrapunitivo, caracterizado pela viragem da agressividade contra o *self*, tem um funcionamento psicológico tipicamente depressivo. Estas pessoas tendem a sentir-se infelizes e culpadas, a ter uma baixa autoestima e a percecionar os acontecimentos através de cognições depressivas (Ihilevich & Gleser, 1991).

Várias outras conceptualizações sobre a depressão surgiram, em diferentes níveis de explicação e correntes teóricas. A teoria da depressão de Beck (1967) foi uma das que ganhou maior aceitação por parte da comunidade científica. De acordo com este autor, a

depressão pode ser explicada por uma tríade cognitiva, de acordo com a qual o sujeito se percebe a si próprio, aos outros e ao mundo através de cognições distorcidas e depressivas.

Uma vez que a Psicologia tem vindo a desenvolver-se no sentido da integração de correntes teóricas, a depressão tem sido cada vez mais vista como uma síndrome que pode ter origem numa variedade de fatores, como experiências de vida stressantes, tipo de relação objetal, vulnerabilidades cognitivas e hereditariedade (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Como já foi referido, a depressão é uma experiência relativamente comum da vivência psicológica após a ocorrência de uma IEG (Blackmore et al., 2011; Cumming et al., 2007; Denis et al., 2012; Franche & Mikail, 1999; Thapar & Thapar, 1992).

4.3. Stress

O *stress* é uma experiência fenomenológica e emocional que se acredita ter consequências para a saúde mental e física, e para a qual existe uma grande diversidade de teorias explicativas (Hobfoll, 1989). É visto como uma resposta fisiológica e emocional que ocorre perante um determinado estímulo ameaçador (Lazarus, 1993).

O estudo deste conceito iniciou-se a partir de uma perspetiva fisiológica, com Walter Cannon (1932, citado por Jacobs, 2001), que documentou os efeitos do que denominou reação de emergência. De acordo com Cannon (1932, cit. por Jacobs, 2001), esta reação fisiológica aguda seria uma forma de o organismo se preparar para lutar ou fugir, quando ocorrem perturbações na homeostase (e.g., frio ou falta de oxigénio). Esta visão continuou na teoria de Selye (1950), que conceptualizou o *stress* como um conjunto de defesas dos sistemas fisiológicos que protegem o corpo das exigências externas. Este autor defendeu que existe uma Síndrome de Adaptação Geral, responsável por um padrão de reação semelhante aos diferentes stressores. Portanto, nesta conceptualização fisiológica, não se considerava o papel de eventuais diferenças individuais nas reações de *stress*. Selye (1950) ressaltou também que os organismos possuem uma capacidade finita de adaptação às exigências ambientais, determinada sobretudo por fatores genéticos.

Posteriormente, surgiram teorias explicativas psicológicas, enquadrando o papel das diferenças individuais. Nomeadamente, o ponto de vista de Spielberger (1966) em relação à ansiedade foi um dos que contribuiu para a compreensão da importância da interação entre o estímulo e as características individuais.

Introduzindo variáveis de mediação cognitiva, Lazarus e Folkman (1984) conceptualizaram as reações de *stress* como resultado da avaliação que o indivíduo faz das exigências externas (*primary appraisal*) e das suas próprias capacidades para lidar com elas (*secondary appraisal*). Apenas quando as exigências externas são percebidas como demasiado pesadas para os recursos disponíveis é que ocorre a reação de *stress*. Deste modo, surge a corrente que considera o *stress* como um conceito multidimensional, dependente da percepção de indivíduo, de características individuais estáveis e de fatores contextuais (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Como se pode constatar, o ponto comum que sempre percorreu todas as tentativas de compreensão do fenómeno do *stress* e se mantém atualmente diz respeito à conceptualização deste como carga ou exigência externa sobre um sistema - biológico, social ou psicológico (Lazarus, 1993).

É uma variável que tipicamente não é considerada nos estudos sobre as consequências psicológicas da IEG. No entanto, a gravidez é considerada por si só um período de elevado *stress* (Bibring, 1959; Bibring et al., 1961a, 1961b).

4.4. Culpa

A culpa é definida como uma emoção negativa, que envolve crítica e remorso em relação aos próprios sentimentos, pensamentos ou ações. Assim, além da componente afetiva, o sentimento de culpa inclui uma componente cognitiva e interpretativa (Blum, 2008). Faz parte das emoções que se consideram morais, inibindo comportamentos socialmente indesejáveis (Tangney & Dearing, 2004).

Freud (1978e) considerou a culpa como a expressão de um conflito de ambivalência, nomeadamente de conflitos entre o Ego (influenciado pelos impulsos do Id) e Superego. Na teoria freudiana, o sentimento de culpa, resultado de um Superego excessivamente rígido, tomou grande relevância, considerando-se que estaria envolvida no desenvolvimento de diversas psicopatologias, como a melancolia, o masoquismo e as neuroses obsessivas. Nestas neuroses, o sentimento de culpa seria uma das maiores resistências à análise (Freud, 1978c/1978e).

Posteriormente Helen Lewis (1971, citado por Tangney & Dearing, 2004), com recurso a ideias psicanalíticas, forneceu um importante contributo para a definição da culpa e sua distinção da vergonha, conceitos muitas vezes indistintos nas conceptualizações teóricas. Na perspetiva desta autora, ainda bastante aceite atualmente,

a culpa resulta de uma avaliação negativa em que o foco é determinado comportamento ou sentimento do *self*, não o *self* no seu todo. Consequentemente a culpa envolve um sentimento de tensão, arrependimento e constante preocupação relativamente ao que foi feito. Além disso, esta experiência é acompanhada por um impulso de confissão e reparação (Lewis, 1971; cit. por Tangney & Dearing, 2004).

Partindo desta perspetiva, Tangney (1995) defende que a culpa é uma emoção compatível com reações empáticas: o indivíduo que se sente culpado tem tendência a preocupar-se com o mal que pode ter causado a outros. Consequentemente, a culpa pode ter consequências positivas e adaptativas, ao motivar a pessoa a envolver-se construtivamente na situação (Tangney, 1995). De facto, os resultados da investigação demonstram que a culpa se correlaciona positivamente com a empatia interpessoal e apresenta correlações fracas ou negativas com sintomas psicopatológicos (Tangney, Wagner & Gramzow, 1992). Consequentemente, a teoria freudiana, de que a culpa tem um papel essencial na origem da psicopatologia, parece ser contradita pelos dados obtidos na investigação.

Numa perspetiva mais atual, encontra-se o modelo multidimensional de Kubany e Watson (2003) que considera a culpa como um construto com dimensões cognitivas e afetivas. Para estes autores, a intensidade de este sentimento depende de vários fatores, sendo estes o (1) *stress* e quatro cognições acerca (2) da responsabilidade percebida no acontecimento, (3) da falta de justificação pelas próprias ações, (4) da perceção de violação de valores e (5) da capacidade de prevenir o acontecimento. Partindo deste modelo, e tendo em conta as características de personalidade, torna-se possível explicar as diferentes reações de culpa perante um mesmo evento (Kubany & Watson, 2003).

No contexto de acontecimentos traumáticos, é comum que os indivíduos experimentem sentimentos de culpa, mesmo quando não têm qualquer responsabilidade pelo mesmo (Kubany & Watson, 2003), o que se pode aplicar a casos de IEG (Bardos et al., 2015; Wong et al., 2003). Apesar de estas investigações não utilizarem medidas estandardizadas nem grupo de controlo, uma grande quantidade de participantes reportou sentir-se culpada pela IEG.

4.5. Vergonha

A vergonha é um fenómeno emocional intenso e complexo. Envolve uma componente cognitiva de autoavaliação e experiências afetivas de raiva, desconforto,

inadequação e desejo de se ocultar (Blum, 2008). É, também, considerada uma emoção moral, orientando o indivíduo para comportamentos socialmente aceitáveis (Tangney & Dearing, 2004).

Na teoria de Freud a vergonha não tomou muita relevância. Este autor (Freud, 1978a) considerou-a como uma formação reativa contra impulsos sexuais exibicionistas. Surgiria na infância, como uma defesa contra os impulsos sexuais infantis, com a entrada no período de latência (Freud, 1978a). No entanto, nos desenvolvimentos teóricos posteriores, Freud dedicou pouca atenção a este fenómeno emocional (Tangney & Dearing, 2004).

Lewis (1971, citado por Tangney & Dearing, 2004) considerou que na experiência de vergonha, ao contrário da culpa, o foco da avaliação negativa é o *self* na sua totalidade. Neste caso, uma má ação é vista como um reflexo de um mau *self*. Consequentemente a experiência de vergonha seria bastante dolorosa e devastadora, sendo acompanhada por um sentimento inutilidade e depreciação relativamente a si próprio (Lewis, 1971, cit. por Tangney & Dearing, 2004).

Uma vez que a vergonha é uma emoção mais egocêntrica e centrada no próprio *self*, é menos compatível com reações empáticas. O indivíduo preocupa-se com o que outros poderão pensar de si, não como as suas ações os poderão eventualmente ter afetado (Tangney, 1995). Tendo em conta esta perspetiva, Tangney (1995) defende que a vergonha pode mesmo impedir reações verdadeiramente empáticas.

Os sentimentos de vergonha parecem ter consequências negativas a nível do desenvolvimento de psicopatologia. Nomeadamente, na investigação de Tangney e colaboradores (1992), a propensão para a vergonha mostrou estar significativamente correlacionada com uma grande variedade de sintomas psicopatológicos, como depressão, ideação paranoide ou comportamentos obsessivo-compulsivos.

Relativamente ao papel da vergonha na experiência psicológica da mulher que sofre uma IEG os resultados da literatura são muito pouco firmes. No estudo de Bardos e colaboradores (2015), é reportada como uma experiência relativamente. No entanto, este estudo não utiliza um grupo de controlo nem medidas estandardizadas de vergonha. Pelo contrário, nos resultados obtidos por Broen e colaboradores (2005) mulheres que sofreram IEG apresentam níveis baixos de vergonha. Como tal, não há muitos resultados empíricos que permitam retirar uma conclusão precisa acerca das experiências de vergonha após uma IEG.

5. *Objetivos de Investigação*

A presente investigação pretende averiguar como a IEG pode influenciar a vivência psicológica de uma gravidez subsequente. Nomeadamente, pretende-se perceber se as consequências de uma IEG se estendem a outras experiências emocionais que não a ansiedade e a depressão.

O objetivo geral é compreender se a vivência psicológica de uma gravidez é diferente em mulheres que nunca tenham sofrido uma IEG (Grupo 1) e em mulheres que tenham sofrido pelo menos uma IEG (Grupo 2).

Num nível mais específico, o objetivo é estudar a relação de estes dois grupos com os seus níveis de ansiedade, depressão, *stress*, culpa e vergonha. Nomeadamente, perceber se estes dois grupos experienciam relações diferentes com estas variáveis.

5.1. *Hipóteses Gerais de Investigação*

De seguida são apresentadas as hipóteses gerais definidas para esta investigação:

Hipótese Geral 1 – A experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da ansiedade, da depressão, do *stress* e da culpa numa gravidez subsequente.

Hipótese Geral 2 – O número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da ansiedade, da depressão, do *stress* e da culpa numa gravidez subsequente.

Hipótese Geral 3 - A experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da vergonha numa gravidez subsequente.

Hipótese Geral 4 - O número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da vergonha numa gravidez subsequente.

6. Metodologia de Investigação

6.1. Definição de Variáveis

Para as Hipóteses Gerais 1 e 3, a variável independente é a experiência/ausência de IEG na história obstétrica. Para as Hipóteses Gerais 2 e 4, a variável independente é o número de IEG. Para as duas primeiras Hipóteses Gerais, as variáveis dependentes são as experiências de ansiedade, depressão, *stress* e culpa. Para as duas últimas Hipóteses Gerais, a variável dependente é a experiência de vergonha.

É, também, necessário o controlo de diversas outras variáveis que poderão interferir nos resultados. Nomeadamente: a idade da mulher; o número de anos de estudo; o estatuto ocupacional; o estatuto socioeconómico; o estatuto conjugal; o número de filhos; a existência de historial de problemas psicológicos/psiquiátricos; a duração da gravidez atual; a existência de problemas de saúde na gravidez atual; o desejo e o planeamento da atual gravidez.

6.2. Operacionalização de Variáveis

6.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico e clínico pretende recolher dados que permitam realizar uma caracterização da amostra e controlar eventuais variáveis que possam introduzir variância de erro na testagem de hipóteses. Incluíram-se informações de dados pessoais relevantes e informação clínica acerca da história obstétrica e da gravidez atual.

Numa descrição mais pormenorizada, a informação demográfica inclui as seguintes variáveis: idade, nacionalidade, número de anos de estudo com sucesso, estatuto profissional, socioeconómico (Graffar, 1956) e conjugal, número de filhos e acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior. A informação clínica acerca da gravidez atual inclui o desejo, planeamento e acompanhamento médico da gestação, o tempo de gestação, a ocorrência de problemas de saúde e a existência de risco obstétrico na gestação presente. Na informação clínica acerca da história obstétrica consta o número de gravidezes anteriores, a ocorrência de complicações em gravidezes anteriores, o número de IEG anteriores e respetiva duração gestacional e o tempo passado desde a última IEG.

6.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é uma escala adaptada para a língua portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A versão original é a *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS), criada por Lovibond e Lovibond (1995). É um instrumento com uma base teórica que assenta no modelo tripartido de Clark e Watson (1991), de acordo com o qual a associação entre ansiedade e depressão é explicada pelo *stress* negativo: sintomas não específicos que são típicos tanto na ansiedade como na depressão.

Tal como o nome do instrumento indica, é constituído por 21 itens que se organizam em três fatores - ansiedade, depressão e *stress* -, cada um deles constituído por 7 itens. Os itens são afirmações, sendo que cada um se refere a um sintoma emocional negativo (e.g. “Senti-me demasiado melancólica.”), às quais a pessoa responde numa escala de tipo Likert que varia de 0 (*não se aplicou a mim de maneira nenhuma*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). É pedido à pessoa que responda ao questionário relativamente às experiências da semana anterior.

O fator ansiedade é constituído pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e avalia os conceitos de excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. O fator depressão é constituído pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 e avalia os conceitos de disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. O fator *stress* é constituído pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 e avalia os conceitos de dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reação exagerada e impaciência. É possível, também, utilizar a escala total como medida de vivências psicopatológicas (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Apesar de a EADS-21 ter sido criada em 1995, ainda é utilizada na investigação contemporânea, para diversos efeitos e em diferentes culturas (Norizan & Shamsuddin, 2010; Nowakowski, Rowa, Antony & McCabe, 2016; Singh, Junnarkar & Sharma, 2015).

Quanto à consistência interna das escalas na amostra da presente investigação, foi calculada através do Alfa de Cronbach. Foi também analisada a estatística descritiva das diversas escalas. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1*Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna das Subescalas da EADS-21*

Subescala	Alfa	M	Min.	Max.	Assimetria	Kurtose
Ansiedade	.79	3.02 (DP = 3.35)	0	17	2.26 (DP = .35)	6.63 (DP = .68)
Depressão	.87	3.27 (DP = 3.70)	0	14	1.15 (DP = .35)	1.43 (DP = .70)
Stress	.89	6.84 (DP = 4.81)	0	20	.73 (DP = .35)	-.11 (DP = .70)
Escala Total	.93	14.37 (DP = 10.90)	1	53	1.44 (.36)	2.77 (.71)

Pode verificar-se que todas as subescalas apresentam uma boa consistência interna ou estão bastante próximas dessa classificação.

6.2.3. Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa (PFQ-2)

O Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa corresponde à adaptação portuguesa do *Personnal Feelings Questionnaire-2* (PFQ-2), criado por Harder e Zalma (1990). É uma medida da tendência para sentir vergonha e culpa.

A escala nasceu da necessidade de criar uma medida de vergonha e culpa com bons índices de precisão e validade. Segundo os autores, a vergonha é definida como a experiência de ser exposto à desaprovação de outros (na realidade ou na fantasia), enquanto a culpa diz respeito a um sentimento de transgressão moral (Harder & Greenwald, 1999).

O PFQ-2 é constituído por 22 itens. Estes são afirmações que se referem a diferentes sentimentos negativos que a pessoa pode experienciar habitualmente (e.g. “Sentir-se ridícula.”). As respostas são dadas numa escala de tipo Likert que varia de 0 (*nunca sinto*) a 4 (*sinto sempre ou quase sempre*).

Os itens organizam-se em dois fatores: vergonha (10 itens) e culpa (6 itens), sendo que os restantes 6 itens são neutros (Pinheiro, 2011). O fator vergonha é constituído pelos itens 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 18 e 21. O fator culpa é constituído pelos itens 2, 4, 8, 11, 17 e 22.

Apesar de o PFQ-2 ter sido criado em 1990, ainda é utilizada na investigação contemporânea para diversos efeitos (Barr, 2004; Bybee, Sullivan, Zielonka & Moes, 2009; Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008).

Quanto à consistência interna das escalas na amostra da presente investigação, foi calculada através do Alfa de Cronbach. Foi também analisada a estatística descritiva das duas escalas. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Estatística Descritiva e Análise da Consistência Interna das Subescalas do PFQ-2

Subescala	Alfa	M	Min.	Max.	Assimetria	Kurtose
Vergonha	.82	17.30 (DP = 4.95)	11	33	1.21 (DP = .35)	1.31 (DP = .69)
Culpa	.87	12.29 (DP = 4.61)	6	25	.87 (DP = .35)	.62 (DP = .69)

Pode verificar-se que ambas as escalas apresentam um bom nível de consistência interna.

6.3. Hipóteses Específicas

As hipóteses específicas, que permitirão testar as hipóteses gerais, propostas para esta investigação são as seguintes:

Hipótese Específica 1 – A variável independente experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente ansiedade.

Hipótese Específica 2 – A variável independente experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente depressão.

Hipótese Específica 3 – A variável independente experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente *stress*.

Hipótese Específica 4 – A variável independente experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente culpa.

Hipótese Específica 5 – A variável independente número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente ansiedade.

Hipótese Específica 6 – A variável independente número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente depressão.

Hipótese Específica 7 – A variável independente número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente *stress*.

Hipótese Específica 8 – A variável independente número de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente culpa.

Hipótese Específica 9 – A variável independente experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente vergonha.

Hipótese Específica 10 – A variável independente número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente vergonha.

6.4. Procedimento

6.4.1. Definição da Amostra

Para seleccionar a amostra, foram definidos vários critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão são os seguintes: idade superior a 18 anos; fluência em Língua Portuguesa; idade gestacional entre a 1^a e a 13^a semanas.

Relativamente aos critérios de exclusão, não serão consideradas para o estudo: mulheres que tenham sofrido perdas gestacionais após as 20 semanas de gravidez; mulheres que durante a sua vida reprodutiva já tenham realizado interrupção voluntária da gravidez (IVG); mulheres que durante a sua vida reprodutiva já tenham realizado uma IMG.

A escolha do primeiro trimestre da gravidez, como momento de avaliação das grávidas, prende-se com o facto de, nas fases mais iniciais da gravidez, as mulheres se

confrontarem com a aceitação da gravidez e com a revisão do passado (Colman & Colman, 1994). É, também, nesta fase inicial que a mulher está mais preocupada com a possibilidade de ocorrência de problemas na gravidez, nomeadamente uma IEG (Conde & Figueiredo, 2012). Como tal, assume-se que, neste trimestre, serão mais nítidas as eventuais diferenças na vivência psicológica da gravidez devidas a um historial de IEG, como concluído por Gong e colaboradores (2013).

6.4.2. Aplicação

As participantes foram recrutadas nas salas de espera das consultas de Diagnóstico Pré-Natal e de Grupo de Estudos de Morte Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHLC). A consulta de Diagnóstico Pré-Natal destina-se a realizar o rastreio de diversas patologias (e.g. pré-eclâmpsia) durante o primeiro trimestre de gestação. As utentes desta consulta podem ser acompanhadas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHLC) ou em Centros de Saúde para os quais são encaminhadas. A consulta de Grupo de Estudos de Morte Fetal destina-se a acompanhar, durante a gravidez, mulheres com história prévia de IEG.

As utentes foram abordadas pela investigadora nas salas de espera ou após as consultas de enfermagem, sendo-lhes explicado brevemente o objetivo da investigação e que a participação seria voluntária, anónima e passível de desistência a qualquer momento. Em caso de aceitação por parte da utente, esta era conduzida para uma sala à parte, onde lhe eram entregues a Folha de Informação à Participante e o Consentimento Informado. Seguidamente, a investigadora preenchia o Questionário Sociodemográfico e Clínico, após o que entregava às participantes a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e o Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa, para preencherem.

Quando se considerou necessário, informou-se a participante da possibilidade de pedir um encaminhamento para a consulta de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHLC).

6.4.3. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS 24[©]. Para o teste de hipóteses, foi utilizada a análise de regressão linear.

Executou-se a estatística descritiva da amostra, nomeadamente dos dados sociodemográficos e clínicos. A análise dos instrumentos utilizados (EADS-21, PFQ-2) foi realizada através do cálculo do Alfa de Cronbach e da estatística descritiva.

Procedeu-se à recodificação das variáveis nominais em variáveis dicotómicas (0 e 1). Testaram-se todas as variáveis intervalares em relação ao seu ajustamento à distribuição normal (anexo VIII). Para o efeito, foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov (com correção Lilliefors) e de Shapiro-Wilk. Os testes indicam que a variável idade segue uma distribuição normal ($p = .19$), mas que as restantes variáveis violam os pressupostos da normalidade. Posteriormente, estas distribuições foram estudadas com recurso aos Q-Q Plots e pôde observar-se que os desvios relativamente à normalidade não são de magnitude suficiente para impedir a utilização destas variáveis na análise de regressão.

Nas análises de regressão efetuadas foram examinados os valores limites de tolerância ($< .1$) e de VIF (> 10), de forma a evitar o problema da multicolinearidade. As variáveis independentes foram introduzidas na análise de regressão de acordo com a seguinte sequência: Modelo 1 – Idade e número de anos de estudo com sucesso (NAES); Modelo 2 – Estatuto ocupacional, estatuto conjugal e estatuto socioeconómico; Modelo 3 – Historial de consulta psicológica/psiquiátrica, paridade, gravidez atual desejada, gravidez atual planeada, gravidez atual vigiada, número de consultas da gravidez atual, problemas de saúde na gravidez atual, risco da gravidez atual. No Modelo 4 foram introduzidas, de acordo com as hipóteses a serem testadas, as variáveis experiência/ausência de IEG ou número de IEG sofridas.

7. Resultados

7.1. Caracterização da Amostra

No total, foram recolhidos 49 protocolos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CHLC), no entanto 2 foram excluídos do estudo uma vez que as participantes já tinham realizado interrupções voluntárias da gravidez prévias. Consequentemente, a amostra da presente investigação conta com 47 participantes, 30 das quais sem história obstétrica de IEG (63.8%) e 17 com história obstétrica de IEG (36.2%).

As principais características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Características Sociodemográficas da Amostra

Variável			
	M	DP	Min.-Max
Idade (anos)	32.60	.90	17-45
NAES	13.62	.64	4-22
	Condição	Frequência	Porcentagem
Nacionalidade	Portuguesa	42	89.4%
	Brasileira	1	2.1%
	Colombiana	1	2.1%
	Francesa	1	2.1%
	Venezuelana	1	2.1%
	Caboverdiana	1	2.1%
Estatuto Conjugal	Solteira	8	17%
	Casada/União de Facto	39	83%
Estatuto	Emp. por Conta Própria	4	8.5%
Ocupacional	Emp. Conta de Outrem	33	70.2%
	Desempregada	10	21.3%
Estatuto	Alto	10	21.3%
Socioeconómico (Graffar)	Médio Alto	23	48.9%
	Médio	10	21.3%
	Médio Baixo	3	6.4%
	Baixo	1	2.1%

Nota. NAES = Número de anos de estudo com sucesso

Como se pode constatar, existe uma grande amplitude de idades, com uma média de 32.60 anos. As participantes são, na grande maioria de nacionalidade portuguesa. É de salientar que todas as participantes de nacionalidade estrangeira se mostraram fluentes em Língua Portuguesa e foram questionadas quanto à sua capacidade de leitura e compreensão. Esta é uma amostra com um bom nível de escolaridade, como se pode constatar pela média de número de anos de estudo com sucesso ($M = 13.62$). O estatuto socioeconómico da amostra é elevado, com 70.2% das participantes pertencendo ao nível alto e médio alto, de acordo com a classificação de Graffar (1956).

Na Tabela 4 são apresentadas as características clínicas da amostra.

Tabela 4

Características Clínicas da Amostra

Variável			
	M	DP	Min.-Max
Número de gravidezes	2.40	.20	1-6
Número de filhos	.66	.10	0-3
Semanas GA	11.91	.24	6-13
Número consultas GA	2.60	.17	1-6
Número de IEG	.74	.17	0-4
Número de anos desde a última IEG	2.41	.69	.5-11
	Condição	Frequência	Percentagem
Paridade	Primípara	21	44.7%
	Múltipara	26	55.3%
Problemas de saúde GA	Sim	9	19.1%
	Não	38	80.9%
GA de risco	Sim	29	61.7%
	Não	18	38.3%
Baixa médica	Sim	7	14.9%
	Não	40	85.1%
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Sim	19	40.4%
	Não	28	59.6%
Motivo acompanhamento	Ansiedade/Depressão	11	23.4%
	Outro	8	17%

Nota. GA = Gravidez atual

A amostra da presente investigação é constituída, na sua maioria, por mulheres com gravidez de risco (61.7%). No entanto, apenas 19.1% das mulheres teve problemas de saúde na gravidez atual. Isto porque as situações de risco obstétrico se devem, sobretudo, a história prévia de IEG, doenças crónicas ou idade avançada.

O número médio de gravidezes, considerando a gravidez atual, é 2.40 (DP = 1.39), com uma variação entre 1 e 6 gestações. É de salientar que esta amplitude não corresponde ao número de filhos, que varia entre 0 e 3, indicando que as participantes com maior número de gravidezes são aquelas com experiências prévias de IEG.

A média de semanas da gestação atual é 11.91, indicando que as participantes estão próximas do fim do primeiro trimestre. É, também, necessário salientar que o número médio de IEG é bastante baixo devido ao facto de grande parte das participantes não ter história prévia de IEG.

7.2. Testagem de Hipóteses

7.2.1. Testagem da Hipótese Específica 1

A testagem da Hipótese Específica 1 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente a experiência/ausência de IEG e variável dependente a ansiedade.

Os resultados indicam que a experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XV), pelo que a Hipótese Específica 1 não é confirmada.

7.2.2. Testagem da Hipótese Específica 2

A testagem da Hipótese Específica 2 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente a experiência/ausência de IEG e variável dependente a depressão.

Os resultados indicam que a experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XVI), pelo que a Hipótese Específica 2 não é confirmada.

O Modelo 2 fornece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da depressão ($p = .01$). Dentro deste Modelo é a variável estatuto conjugal (p

= .02) que mais contribui para a explicação da variância da depressão (anexo XVI): mulheres solteiras experienciam níveis mais elevados de depressão. Também é relevante salientar que, antes da inserção de todas as variáveis, o estatuto socioeconómico revelava um poder explicativo estatisticamente significativo ($p = .04$). Neste caso, mulheres com estatuto socioeconómico mais baixo reportam maiores níveis de depressão. No entanto, após a inclusão de todas as variáveis no último Modelo, esta variável deixou de ser significativa. Estes resultados podem ser verificados na análise da Tabela de Coeficientes (anexo XVI).

7.2.3. Testagem da Hipótese Específica 3

A testagem da Hipótese Específica 3 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente a experiência/ausência de IEG e variável dependente o *stress*.

Os resultados indicam que a experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XVII), pelo que a Hipótese Específica 3 não é confirmada.

Porém, o Modelo 2 fornece um contributo significativo para a explicação da variância estatística do *stress* ($p = .05$). Analisando a Tabela de Coeficientes (anexo XVII), parece ser a variável estatuto conjugal ($p = .05$) a que mais contribui para a explicação da variância do *stress*. No entanto, após a introdução de todas as variáveis no último Modelo, esta variável perde a significância.

7.2.4. Testagem da Hipótese Específica 4

A testagem da Hipótese Específica 4 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente a experiência/ausência de IEG e variável dependente a culpa (anexo XVIII).

Os resultados indicam que a experiência/ausência de IEG dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente ($p = .03$), como se pode constatar na Tabela 5.

Tabela 5

Regressão Linear: Variável Independente Experiência/Ausência de IEG; Variável Dependente Culpa

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Sig. Mudança de F
1	.37	.14	.10	4.39	.14	3.36	2	43	.04
2	.55	.30	.21	4.10	.16	3.10	3	40	.04
3	.72	.51	.32	3.81	.22	1.77	8	32	.12
4	.77	.59	.40	3.57	.07	5.55	1	31	.03

*Modelo 1 – Idade, NAES; Modelo 2 – Estatuto ocupacional, Estatuto conjugal, Estatuto socioeconómico; Modelo 3 – Consulta psiquiatria/psicologia, paridade, GA desejada, GA planeada, GA vigiada, número de consultas, problemas de saúde na GA, risco da GA.

A Hipótese Específica 4 é confirmada pela análise de regressão, indicando que mulheres com historial de IEG tendem a sentir-se mais culpadas numa gravidez subsequente, em comparação com mulheres sem esta experiência.

Como se pode verificar, os Modelos 1 e 2 também fornecem um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente. Analisando estes Modelos na Tabela de Coeficientes, a variável estatuto conjugal é a que mais contribui para a explicação da variância da culpa ($p = .05$). Se examinarmos estes valores ainda antes da inserção de todas as variáveis na análise, as variáveis número de anos de estudo com sucesso ($p = .02$), idade ($p = .01$) e número de consultas também se revelam significativas ($p = .01$). Estes resultados indicam que mulheres mais velhas, com menos anos de instrução e com menos consultas desde o início da gravidez reportam maiores níveis de culpa (anexo XVIII).

7.2.5. Testagem da Hipótese Específica 5

A testagem da Hipótese Específica 5 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente o número de IEG e variável dependente a ansiedade.

Os resultados indicam que o número de IEG dá um contributo marginalmente significativo ($p = .08$) para a explicação da variância desta variável dependente (anexo

XIX). Consequentemente, a Hipótese Específica 5 não é confirmada, apesar de o valor p se encontrar perto da significância estatística.

7.2.6. Testagem da Hipótese Específica 6

A testagem da Hipótese Específica 6 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente o número de IEG e variável dependente a depressão.

Os resultados indicam que o número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XX), pelo que a Hipótese Específica 6 não é confirmada.

O Modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .01$) para a explicação da variância da depressão, sobretudo a variável estatuto conjugal ($p = .02$). A variável estatuto socioeconómico parece fornecer um contributo significativo ($p = .04$), apesar de após a introdução de todas as variáveis na análise este valor deixar de ser significativo (anexo XX).

7.2.7. Testagem da Hipótese Específica 7

A testagem da Hipótese Específica 7 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente o número de IEG e variável dependente o *stress*.

Os resultados indicam que o número de IEG dá um contributo marginalmente significativo ($p = .08$) para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XXI). Consequentemente, a Hipótese Específica 7 não é confirmada apesar de o valor p se encontrar perto da significância estatística.

O Modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .05$) para a explicação da variância do *stress*, sobretudo a variável estatuto conjugal ($p = .04$), como se pode verificar na Tabela de Coeficientes (anexo XXI). No entanto, após a introdução de todas as variáveis na análise este contributo deixa de ser significativo.

7.2.8. Testagem da Hipótese Específica 8

A testagem da Hipótese Específica 8 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente o número de IEG e variável dependente a culpa.

Os resultados indicam que o número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XXII). Consequentemente, a Hipótese Específica 8 não é confirmada.

Realizando a análise da Tabela de Coeficientes (anexo XXII), verifica-se que os Modelos 1 ($p = .04$) e 2 ($p = .04$) fornecem um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente. A variável estatuto conjugal é a que mais contribui para a explicação da variância da culpa ($p = .05$). Se examinarmos estes valores ainda antes da inserção de todas as variáveis na análise, as variáveis número de anos de estudo com sucesso ($p = .02$), idade ($p = .01$) e número de consultas ($p = .01$) também se revelam significativas. Estes resultados indicam que mulheres mais velhas, com menos anos de instrução e com menos consultas desde o início da gravidez reportam maiores níveis de culpa (anexo XXII).

7.2.9. Testagem da Hipótese Específica 9

A testagem da Hipótese Específica 9 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente a experiência/ausência de IEG e variável dependente a vergonha.

Os resultados indicam que a experiência/ausência de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XXIII). Consequentemente, a Hipótese Específica 9 é confirmada.

Analizando a Tabela de Sumarização do Modelo e a Tabela de Coeficientes, verifica-se que nenhuma outra variável contribui significativamente para a explicação da variância da vergonha (anexo XXIII).

7.2.10. Testagem da Hipótese Específica 10

A testagem da Hipótese Específica 10 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente o número de IEG e variável dependente a vergonha.

Os resultados indicam que o número de IEG não dá um contributo significativo para a explicação da variância desta variável dependente (anexo XXIV). Consequentemente, a Hipótese Específica 10 é confirmada.

Analisando a Tabela de Sumarização do Modelo e a Tabela de Coeficientes, verifica-se que nenhuma das restantes variáveis contribui significativamente para a explicação da variância da vergonha (anexo XXIV).

7.2.11. Análises Adicionais

Tendo em conta os resultados obtidos na testagem de hipóteses foi decidido realizar algumas análises adicionais que melhor permitissem compreender os dados obtidos.

Considerando que, contrariamente ao esperado, as variáveis ansiedade, depressão e *stress* se mostraram menos sensíveis ao historial de IEG do que a variável culpa, pensou-se ter interesse averiguar se aquelas três variáveis têm poder preditivo sobre esta última (anexo XXV). Introduzindo estas variáveis no Modelo 4, os dados confirmaram que a ansiedade, depressão e *stress* contribuem significativamente para a explicação da variância da culpa uma vez que o acréscimo de variância explicada é significativo ($p = .03$).

Na sequência da análise anterior, quando no Modelo 5 se introduz a experiência/ausência de IEG, esta variável continua a contribuir significativamente para explicar a culpa ($p = .05$), mesmo controlando aquelas três variáveis (anexo XXVI). Estes resultados reforçariam os que foram obtidos na testagem da Hipótese Específica 4.

Em suma, estas duas análises parecem revelar que a variância da culpa recebe contribuições significativas não só da variável experiência/ausência de IEG mas também da ansiedade, depressão e *stress*. No entanto, a literatura aponta para que as correlações entre culpa e experiências psicopatológicas sejam mediadas em grande parte pela sobreposição entre culpa e vergonha, sendo esta última que tem maiores implicações nos sintomas psicopatológicos (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011; Tangney et al., 1992). Como tal, considerou-se que seria importante averiguar se na presente investigação estes resultados se confirmavam.

Numa nova análise, introduziu-se no Modelo 4 a variável vergonha a qual contribuiu significativamente para explicar a variância da culpa ($p < .01$), como se pode verificar no anexo XXVII. Quando, no Modelo 5 foram introduzidas as variáveis ansiedade, depressão e *stress*, estas perderam poder explicativo, deixando de contribuir significativamente ($p = .49$) para explicar a variância da culpa (anexos XXVIII).

Chegando à conclusão de que a vergonha tem um grande poder explicativo sobre a culpa, considerou-se necessário analisar se a variável experiência/ausência de IEG mantém o seu poder explicativo após se controlar a vergonha, a ansiedade, a depressão e o *stress* (anexo XXIX). Para esta análise foi inserida a variável vergonha no Modelo 4, as variáveis ansiedade, depressão e *stress* no Modelo 5 e a variável experiência/ausência de IEG no Modelo 6. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6

*Regressão Linear: Variáveis Independentes Vergonha, Ansiedade, Depressão, Stress, Experiência/Ausência de IEG; Variável Dependente Culpa**

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	gl1	gl2	Mudança de F
1	.26	.07	.02	4.28	.07	1.37	2	39	.27
2	.53	.28	.18	3.92	.21	3.55	3	36	.02
3	.70	.49	.26	3.72	.22	1.49	8	28	.20
4	.91	.83	.75	2.18	.34	54.43	1	27	.00
5	.92	.85	.74	2.20	.02	.88	3	24	.47
6	.92	.85	.74	2.22	.00	.50	1	23	.49

*Modelo 1 – Idade, NAES; Modelo 2 – Estatuto ocupacional, Estatuto conjugal, Estatuto socioeconómico; Modelo 3 – Consulta psiquiatria/psicologia, paridade, GA desejada, GA planeada, GA vigiada, número de consultas, problemas de saúde na GA, risco da GA.

Como se pode verificar na Tabela 6, apenas o Modelo 2 e 4 contribuem significativamente para a explicação da variância da culpa. Isto indica que vergonha é, das variáveis consideradas, aquela com maior poder explicativo sobre a culpa: a relação entre a culpa e as variáveis ansiedade, depressão e *stress* e experiência/ausência de IEG depende do nível de vergonha da mulher.

Todos os resultados parecem indicar que a vergonha tem um papel de grande importância na determinação dos sentimentos de culpa da mulher. Nomeadamente, verifica-se uma correlação positiva entre as duas variáveis ($r = .77$; $p < .01$). Consequentemente, seria interessante compreender se alguma das variáveis sociodemográficas e obstétricas fornecem um contributo importante para a explicação da vergonha. Estas análises já tinham sido realizadas para a testagem das Hipóteses

Específicas 9 e 10, tendo-se concluído que nenhuma das variáveis utilizadas na investigação revelam ter poder explicativo sobre a vergonha (anexos XXIII e XXIV).

8. Discussão

A presente investigação produziu alguns resultados interessantes que importa salientar e discutir. Nomeadamente, tem interesse realizar uma tentativa de compreensão do facto de grande parte dos resultados obtidos não se encontrarem completamente de acordo com as conclusões de outros estudos.

Começando por uma análise das principais variáveis independentes utilizadas na investigação, verifica-se que o número de IEG forneceu um contributo marginalmente significativo para as variáveis ansiedade ($p = .08$) e *stress* ($p = .08$). Ao interpretar estes resultados é importante considerar o facto de a amostra da presente investigação ser de pequena dimensão ($N = 47$). É possível que, numa amostra de maior dimensão, estes valores atingissem um nível estatisticamente significativos.

Estes resultados estão parcialmente de acordo com a literatura referida. De facto, várias investigações salientam que o número de IEG prévias parece ser mais importante na determinação dos níveis de ansiedade de uma gravidez subsequente em comparação com a simples experiência/ausência de IEG (Blackmore et al., 2011; Fertl et al., 2009; Gong et al., 2013). No entanto, também há estudos nos quais se encontram níveis mais elevados de ansiedade em mulheres com historial de IEG independentemente do número de perdas (Fertl et al., 2009; Franche & Mikail, 1999).

Especificamente em relação à variável dependente ansiedade, estes resultados podem ser consequência do facto de não terem sido utilizadas medidas de ansiedade específicas da gravidez nem que diferenciasssem ansiedade estado e traço. Em muitos dos estudos citados, foram utilizadas medidas deste tipo, permitindo uma maior precisão nas conclusões acerca dos níveis de ansiedade destes dois grupos de mulheres (Blackmore et al., 2011; Fertl et al., 2009; Franche & Mikail, 1999).

Relativamente ao *stress*, apesar de não ser uma variável tipicamente utilizada nas investigações sobre as consequências psicológicas da IEG, seria presumível que aumentasse numa gravidez subsequente a uma IEG. Sobretudo se considerarmos a perspetiva de Clark e Watson (1991) em que o *stress* é considerado como um conjunto de sintomas inespecíficos, comuns tanto à ansiedade como à depressão. No entanto, considerando a gravidez por si só um período de grandes mudanças e de crise, como salienta Bibring (Bibring, 1959; Bibring et al., 1961a, 1961b), pode acontecer que os níveis de *stress* das grávidas sejam elevados, mesmo quando não tenham tido experiências prévias de IEG.

Estes resultados, também, podem refletir o facto de à medida que a mulher sofre mais perdas se torna menos provável a conclusão de uma gravidez subsequente. Deste modo, seria compreensível que apenas quando existe um maior número de perdas aumentassem a ansiedade e o *stress* numa gravidez subsequente, expressando a preocupação e medo de uma nova IEG.

Quanto à outra variável independente principal, experiência/ausência de IEG, numa análise inicial, aparenta fornecer um contributo significativo para a explicação da variância da culpa ($p = .03$). Este efeito manter-se-ia mesmo após terem sido controlados os efeitos das variáveis ansiedade, depressão e *stress*. Estes resultados aparentam estar de acordo com o que foi observado em estudos já referidos (Bardos et al., 2015; Wong et al., 2003). Nestes, a culpa surge como um dos principais temas e experiências emocionais em relação a uma IEG. Os resultados relativos à culpa e a sua relação com a vergonha serão analisados com maior detalhe no final da discussão.

A depressão não recebeu um contributo significativo para a explicação da sua variância de nenhuma das variáveis independentes principais, ao contrário do esperado. No entanto, apesar de a depressão ser uma das variáveis mais estudadas no que diz respeito a este tema, a literatura aponta para que os resultados obtidos sejam bastante inconsistentes (Lee & Slade, 1996; Klier et al., 2002).

Além destas variáveis independentes, algumas das variáveis sociodemográficas e obstétricas utilizadas na análise também geraram resultados interessantes. Nomeadamente, o Modelo 2 parece contribuir significativamente para a explicação da variância da depressão ($p = .01$), do *stress* ($p = .05$) e da culpa ($p = .04$).

Dentro do Modelo 2, parece ser a variável estatuto conjugal que mais contribui para a explicação da variância dos resultados: mulheres casadas ou em coabitação com o seu companheiro reportam níveis menores de depressão, *stress* e culpa do que mulheres solteiras. O casamento/coabitação parece, portanto, atuar como um fator protetor relativamente a experiências emocionais dolorosas durante a gravidez. Outras investigações, realizadas na população geral, também alcançaram esta conclusão (Amato, 2015; Bulloch, Williams, Lavorato & Patten, 2017; Vivian, Gesselman, Perry, Fisher & Garcia, 2017). Estes resultados não são inesperados uma vez que mulheres solteiras terão, provavelmente, menos apoio social e emocional (Amato, 2015).

O estatuto socioeconómico também parece dar um contributo significativo para a explicação da variância da depressão ($p = .04$), apesar de tal apenas se verificar antes da inclusão de todas as variáveis na análise. Ao examinar a literatura sobre este tema,

encontram-se resultados semelhantes na população geral (Freeman et al., 2016) e alguns autores consideram que esta relação pode ser explicada por uma menor satisfação das necessidades psicológicas dos indivíduos com estatuto socioeconómico mais baixo (González, Swanson, Lynch, & Williams, 2016). O facto de a associação entre depressão e estatuto conjugal e socioeconómico já ter sido reportada em estudos na população geral parece indicar que estas tendências não são específicas do período gravídico e refletem fatores gerais de risco para o desenvolvimento de perturbações depressivas.

A variável culpa também parece receber um contributo significativo de algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas, nomeadamente o número de anos de estudo com sucesso ($p = .02$), a idade ($p = .01$) e o número de consultas ($p = .01$). Apesar de este apenas se verificar antes da inclusão de todas as variáveis na análise, considerou-se importante realizar uma tentativa de compreensão destes valores. As conclusões do estudo de Bardos e colaboradores (2015) indicam que participantes com menos instrução possuem mais crenças erradas acerca da IEG. Pode supor-se que participantes com menos instrução tenham crenças erradas acerca de outros aspetos da gravidez e se sintam culpadas por eventuais intercorrências. Relativamente à idade, pode acontecer que mulheres mais velhas se sintam mais culpadas por pensarem que uma idade mais avançada pode trazer mais riscos ou danos ao bebé. Um maior número de consultas traduz-se em menores níveis de culpa, podendo colocar-se várias hipóteses explicativas: ao longo das consultas as grávidas ficam mais tranquilizadas relativamente à gravidez e à saúde do feto; a relação com a equipa médica pode equiparar-se a uma relação terapêutica, com benefícios emocionais, e permitir a partilha do sentimento de culpa, permitindo desconstruir crenças erradas acerca da responsabilidade pela IEG.

Nas Hipóteses Específicas 9 e 10, considerava-se a vergonha como uma experiência emocional com pouca relação com o historial de IEG, o que se revelou verdadeiro. No entanto, ao realizar análises adicionais, esta variável tomou um lugar de relevo e mostrou contribuir significativamente para a explicação da culpa.

Na presente investigação, a vergonha, tal como em outros estudos (Kim et al., 2011; Tangney et al., 1992), parece surgir como uma variável mediadora da relação entre a culpa, por um lado, e a ansiedade, depressão e stress, por outro lado. Mas, o resultado mais interessante das análises adicionais é o facto de a vergonha parecer mediar a relação entre a culpa e a experiência/ausência de IEG. Ou seja, as mulheres que já sofreram IEG apenas sentem mais culpa numa gravidez subsequente quando têm tendência a sentir vergonha. Consequentemente, os dados parecem apontar para que a tendência a sentir

vergonha torne as mulheres mais vulneráveis a sentimentos de culpa quando passam por situações dolorosas e stressantes.

Uma perspetiva desenvolvimentista pode justificar o facto de a vergonha, aparentemente, ter poder preditivo sobre os sentimentos de culpa. Erikson (1965) propõe que diferentes qualidades egoicas vão surgindo ao longo do desenvolvimento. Na sua teoria, a vergonha surge da fase de desenvolvimento que se desenrola dos 18 meses aos 3 anos, antecedendo a culpa. Esta apenas surge a partir do estágio de desenvolvimento que ocorre dos 3 aos 6 anos, no qual a criança adquire responsabilidade moral (Erikson, 1965). Outros autores também defendem que a culpa envolve capacidades cognitivas mais evoluídas: não só é necessário reconhecer o *self* como separado de outros e desenvolver padrões morais mas também ser capaz de realizar a distinção entre *self* e comportamento (Tangney & Dearing, 2004). De facto, resultados de investigação revelam que crianças mais novas apresentam mais reações de vergonha e crianças mais velhas reportam mais reações de culpa (Bafunno & Camodeca, 2013). Tais dados parecem indicar que apenas em idades mais avançadas estão reunidas as condições para o surgimento de sentimentos de culpabilidade.

Uma outra hipótese explicativa para estes resultados pode ser encontrada considerando a teoria proposta por Lewis (1971, citado por Tangney & Dearing, 2004). Nesta, a vergonha, ao ser uma emoção que envolve uma perceção negativa de todo o *self*, é uma experiência mais dolorosa e devastadora para o indivíduo. É um sentimento que implica uma consciência clara de um *self* defeituoso e desvalorizado (Tangney & Dearing, 2004). Como tal, pode colocar-se a hipótese de que uma emoção deste tipo possa criar vulnerabilidade psicológica a outros tipos de emoções negativas.

Os nossos resultados também revelam que nenhuma das variáveis utilizadas na análise predizem a variável vergonha. Podem propor-se duas explicações para estes dados: não foram consideradas variáveis que eventualmente teriam algum poder explicativo; a vergonha depende de traços estáveis de personalidade.

Apoiando esta última hipótese, vários autores defendem que a tendência a sentir vergonha ou culpa é estável no tempo. Tangney e Dearing (2004) mostram resultados de um estudo longitudinal, indicando que as tendências a sentir vergonha ou culpa se desenvolvem na infância e se mantêm até à idade adulta.

Na literatura encontram-se diversas propostas teóricas e evidências empíricas que procuram explicar a estabilidade destas tendências. Einstein e Lanning (1998) defendem a relação entre vergonha e o nível de desenvolvimento egoico do indivíduo. Os autores

defendem que esta é mais comum nas fases intermédias, nas quais já há maturidade suficiente para se realizar uma avaliação do próprio *self* mas ainda não se alcançou autonomia e independência das regras sociais. De facto, os resultados obtidos pelos autores fornecem apoio a esta hipótese (Einstein & Lanning, 1998). Também há evidências que parecem indicar continuidade intergeracional e um forte papel do ambiente familiar, nomeadamente das atitudes parentais, na modelagem destas tendências (Tangney & Dearing, 2004). Também é defendido que as características culturais têm um papel de relevo. Furukawa, Tangney e Higashibara (2012) testam esta hipótese e os seus dados mostram que existem diferenças culturais significativas na tendência a sentir vergonha. Nomeadamente, no seu estudo, crianças japonesas têm mais tendência a sentir vergonha relativamente a crianças americanas ou coreanas.

Estas são apenas algumas das tentativas de fornecer uma explicação para a tendência dos indivíduos a sentirem culpa ou vergonha e que se pode considerar que terão importância para a compreensão dos resultados obtidos. Os dados recolhidos não permitem retirar mais conclusões sobre o tema, sendo necessárias mais investigações para que se possa compreender melhor o papel da vergonha nas reações a uma IEG.

8.1. Limitações

A presente investigação tem algumas limitações que é necessário referir e considerar, uma vez que podem ter implicações para os resultados obtidos. Uma das principais limitações diz respeito ao tamanho da amostra, que é relativamente pequena ($N = 47$). O facto de ser uma amostra de pequena dimensão pode fazer com que os resultados não sejam generalizáveis à população em geral. Além disso, é possível que numa amostra maior fossem obtidos mais resultados estatisticamente significativos.

Outra limitação, como já foi referido, é relativa a não terem sido utilizadas medidas de ansiedade específicas da gravidez nem que diferenciasses ansiedade estado e ansiedade traço. Também poderia ter sido interessante utilizar medidas de traços de personalidade gerais de modo a compreender se a vivência da gravidez é mais influenciada por fatores da história obstétrica ou por características estáveis de personalidade. A principal razão pela qual não se utilizaram estas medidas adicionais relaciona-se com as condições em que a amostra foi recolhida. Uma vez que as participantes eram recrutadas nas salas de espera da MAC (CHLC) e realizavam a investigação enquanto aguardavam a sua consulta, foi necessário estabelecer um

protocolo de preenchimento rápido e que permitisse avaliar diversas dimensões psicológicas.

Outra das limitações diz respeito a não ter sido considerado na análise o tempo desde a última IEG o que pode ter implicações nos níveis de ansiedade das mulheres (Gong et al., 2013). De facto, na experiência da própria investigadora ao relacionar-se com as participantes, este fator parece ter alguma importância: mulheres que tinham sofrido uma IEG há menos tempo aparentavam estar mais ansiosas e preocupadas com o decurso da gravidez.

O facto de não se ter considerado na análise a diferenciação entre mulheres com historial de IEG e mulheres diagnosticadas com aborto espontâneo recorrente também pode ter tido algumas implicações nos resultados. É possível que este diagnóstico tenha algum peso na vivência psíquica da gravidez e no modo como esta é encarada pela mulher.

9. Conclusão

A presente investigação permitiu retirar algumas conclusões acerca da vivência psicológica de uma gravidez de mulheres com experiência de IEG e das diferenças relativamente a mulheres que nunca passaram por esta experiência. Os dados não se encontram inteiramente de acordo com a literatura, o que também pode dever-se às limitações já referidas.

Foram encontradas algumas diferenças na vivência psicológica da gravidez em mulheres com e sem história prévia de IEG. Nomeadamente, os resultados parecem ir de acordo à suposição de que ansiedade e *stress* possam ser experiências emocionais mais intensas para grávidas com maior número de IEG prévias. Pelo contrário, a depressão parece ser uma variável mais influenciada por fatores relativos às condições de vida da mulher e não específicos da gravidez, como o estatuto conjugal e socioeconómico.

A culpa, numa primeira análise, parecia ser a variável mais sensível à ocorrência de IEG prévias à gravidez atual mas numa análise mais detalhada verificou-se um papel importante da vergonha na mediação desta relação. Isto é interessante uma vez que a vergonha é uma variável pouco estudada na sequência de uma IEG mas os resultados indicam que a tendência a sentir esta emoção pode criar vulnerabilidades à vivência de outras emoções negativas numa gravidez subsequente.

Tendo em conta esta síntese dos resultados é possível realizar algumas propostas para investigações futuras que poderiam permitir um aprofundamento da compreensão desta temática.

O *stress* pode ser uma variável interessante a incluir em estudos futuros. Esta variável geralmente não é incluída nos estudos sobre as consequências de uma IEG, o que é curioso porque a gravidez, só por si, é já considerada um período de grande *stress* (Bibring, 1959; Bibring et al., 1961a, 1961b). Aparentemente os níveis de *stress* na gravidez podem ser afetados por experiências prévias de IEG. Como tal, seria importante investigar com maior detalhe esta relação.

Também seria interessante investigar com maior detalhe qual o papel das experiências de vergonha após uma experiência de IEG. Nomeadamente, seria interessante compreender se a vergonha pode ser explicada por outras variáveis não consideradas (e.g., afiliação religiosa) ou se depende sobretudo de traços estáveis de personalidade. Este conhecimento permitiria compreender se existem grupos de risco nos quais eventualmente seria mais importante fornecer apoio psicológico após uma IEG.

De qualquer forma, salienta-se a necessidade de um acompanhamento próximo destas mulheres por parte da equipa médica, com alguma atenção à vivência emocional do processo e encaminhamento para serviços psicológicos quando considerado necessário.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1969). Individual differences in strange-situational behavior of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 113-136). London: Academic Press.
- American Psychoanalytic Association (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Amato, P. R. (2015). Marriage, cohabitation and mental health. *Family Matters*, 96, 5-14.
- Bafunno, D., & Camodeca, M. (2013). Shame and guilt development in preschoolers: The role of context, audience and individual characteristics. *European Journal of Developmental Psychology*, 10(2), 128-143. DOI: 10.1080/17405629.2013.765796
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, 125(6), 1313-1320. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000859
- Barr, P. (2004). Guilt and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 493-510. DOI: 10.1348/1476083042555442
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Bibring, G. L., (1959). Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961a). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study Of The Child*, 169-72.
- Bibring, G. L., Dwyer, T., Huntington, D., & Vallenstein, A. (1961b). A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship - II. Methodological considerations. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 25-72.
- Blackmore, E. M., Côté –Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression

- and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 373-378. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083105
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology*, 14(3), 91-102.
- Brazelton, B. (2006). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development*. Cambridge, Massachussets: Da Capo Press.
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A., & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3(18). DOI: 10.1186/1741-7015-3-18
- Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lavorato, S. H., & Patten, S. B. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *Journal of Affective Disorders*, 223, 65-68.
- Bybee, J., Sullivan, E., Zielonka, E., & Moes, E. (2009). Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of Adult Development*, 16(3), 144-154. DOI: 10.1007/s10804-009-9059-x
- Caetano, M. R., Couto, E., Barini, R., Simoni, R. Z., Pinto e Silva, J. L., Cecatti, J. G., & Pereira, B. G. (2006). Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 47-53.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (2012). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3, 365-371.
- Cumming, G. P., Klein, S., Bolsover, D., Lee, A. J., Alexander, D. A., Maclean, M., & Jurgens, J. D. (2007). The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(9), 1138-1145. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x
- Denis, A., Michaux, P., & Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 124-134.
- Einstein, D., & Lanning, K. (1998). Shame, guilt, ego development, and the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 66(4), 555-582.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231-245.
- Erikson, E. H. (1963). Eight ages of man. In E. H. Erikson (Ed.), *Childhood and society* (pp. 239-266). Middlesex, EN: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1950)
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25-32. DOI: 10.1007/s00737-006-0164-6
- Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142, 23-29. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2008.09.009
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Franché, R., & Mikail, S. F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*, 48, 1613-1623.

- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Mateos, J. L., ... Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: Results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16. DOI: 10.1186/s12889-016-3638-0
- Freud, S. (1978a). Infantile sexuality. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1978b). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1978c). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1978d). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1978e). The ego and the id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1923)
- Furukawa, E., Tangney, J., & Higashibara, F. (2012). Cross-cultural continuities and discontinuities in shame, guilt, and pride: A study of children residing in japan, korea and the USA. *Self and Identity*, 11, 90-113. DOI: 10.1080/15298868.2010.512748
- Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.
- Gong, X., Hao, J., Tao, F., Zhang, J., Wang, H., & Xung, R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study.

- European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 166, 30-36.
- Goulet, C., Polomeno, V., & Harel, F. (1996). Canadian cross-cultural comparison of the high-risk pregnancy stress scale. *Stress and Health*, 12, 145-154.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6(8), 455-459.
- Harder, D. H., & Greenwald, D. F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of the Harder Personal Feelings Questionnaire – 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281.
- Harder, D. H. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 729-745.
- Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (1999). Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 188-199.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 523-524. DOI: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hughes, P. M., Turton, P., & Evans, C. D. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *BMJ Clinical Research*, 318, 1721-1724. DOI: 10.1136/bmj.318.7200.1721
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & McGauley, G. A. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 791-801.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. (1991). The intrapunitive defense style: Turning against self. In D. Ihilevich & G. Gleser (Eds.), *Defenses in psychotherapy: The clinical applications of the defense mechanisms inventory* (pp. 54-65). Owosso, MI: DMI Associates.
- Jacobs, G. D. (2001). The physiology of mind–body interactions: The stress response and the relaxation response. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(1), 83-92.

- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- King, G. (2009). *Estado emocional e satisfação com o suporte social após uma interrupção voluntária da gravidez*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Klier, C. M., Geller, P. A., & Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of women's mental health*, 5, 129-149. DOI: 10.1007/s00737-002-0146-2
- Kubany, E., & Watson, S. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record*, 53, 51-90.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 235-244.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with de Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98.
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Misri, S., & Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders: An introduction. In S. D. Stone & A. E. Menken (Eds.), *Perinatal and postpartum mood disorders* (pp. 65-83). New York: Springer Publishing Company.

- Norizan, A., & Shamsuddin, K. (2010). Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 992-1003. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01324.x
- Nowakowski, M., Rowa, K., Antony, M., & McCabe, R. (2016). Changes in anxiety sensitivity following group cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder. *Cognitive Therapy & Research*, 40(4), 468-478.
- Ohman, S. G., Grunewald, C., & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pinheiro, M. (2011). *Um estudo exploratório sobre o sentido de humor e as suas relações com a culpa, a vergonha e a depressão*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas*, 12(3), 261-268.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Singh, K., Junnarkar, M, & Sharma, S. (2015). Anxiety, stress, depression, and psychosocial functioning in Indian adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 367-374.

- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. London: Academic Press.
- Tangney, J. P. (1995). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1132-1145.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2004). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Thapar, A. J., & Thapar, A. (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, 42, 94-96.
- Troop, N., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. (2008). Shame in women with history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 480-488. DOI: 10.1002/erv.858
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 1-10. DOI: 10.1080/01674820600646198
- Vivian, P., Gesselman, A. N., Perry, B. L., Fisher, H. E., & Garcia, J. R. (2017). Stress of singlehood: Marital status, domain-specific stress, and anxiety in a national U.S. sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(6), 461-485.
- Wong, M., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.